



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem em Saúde infantil e Pediatria

**A importância da família na saúde e no bem-estar da
criança e do jovem**

Ana Luisa Mendes da Silva

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem em Saúde infantil e Pediatria

**A importância da família na saúde e no bem-estar da
criança e do jovem**

Ana Luisa Mendes da Silva

Orientado por: Sra. Professora Manuela Soveral

Coorientado por: Sra. Enfermeira Elisabeth Marques

2014



“As famílias são contextos fundamentais, para o bem e para o mal, são promotoras de apoio, de troca de afetos positivos e proteção, mas também podem ser promotoras de insegurança, frustração e de violência”.

(Vilar, 2014)

RESUMO

A importância da família na saúde e bem-estar da criança, como preocupação daqueles que cuidam da criança e da família, é o fio condutor do meu processo para aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Com o objetivo de desenvolver competências nesta temática, defini um percurso assente no Modelo Teórico de Betty Neuman.

Da experiência vivida e refletida, com base na evidência científica, verifiquei que: a família pode ser um stressor positivo ou negativo na saúde e no bem-estar da criança e do jovem; todas as famílias têm pelo menos um fator de proteção, o qual deve ser valorizado; e a abordagem da criança e família deve ser feita pela resiliência e não pela vulnerabilidade.

A identificação de situações de alteração de saúde e bem-estar quer na criança, quer na família, bem como a relação entre ambas, permitiu-me verificar a importância da filosofia dos cuidados centrados na família.

O desenvolvimento de habilidades para identificar situações de risco para a saúde mental da criança, situações de risco de maus tratos infantis e os seus sinais e sintomas, permitiu-me melhorar a resposta aos problemas emergente da infância na área das alterações dos comportamentos e dos maus tratos.

Neste percurso de aquisição de competências, prestei cuidados à criança e família nos contextos de prestação de cuidados definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: criança, família, enfermagem pediátrica, aquisição de competências, Betty Neuman.

ABSTRACT

The family importance on health and well-being of children, as a concern of those who take care for the child and family, is the guiding line of my acquiring Skills process within a Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics.

With the aim to develop skills in this thematic, I developed a course based on the Betty Neuman System Model.

From my reflection and lived experience, based on scientific evidence, it has been found that: the family can be a positive or negative stressor on health and well-being of children and youngster; all families have at least one protective factor, which should be valued; and the child and family approach should be taken by the resilience and not by the vulnerability.

The identification of change situations in health and well-being both in children, whether in the family, as well as the relationship between them allowed me to check the importance of the family-centered care philosophy.

The skills development in identifying risk situations for children's mental health, risk of child abuse and its signs and symptoms, allowed me to improve the response to emerging issues in the behavioural change in childhood and maltreatment area.

In this journey of acquiring skills, I've also provided care to children and families in the contexts of care defined by the Portuguese Order of Nurses.

Keywords: child, family, pediatric nursing, skills acquisition, Betty Neuman.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um relatório de estágio pressupõe não só um trabalho individual, mas também outros contributos significativos. Por esta razão, agradeço a todos os que, com a sua ajuda, tornaram possível este percurso.

À minha orientadora, Professora Maria Manuela Soveral, que pelo seu apoio, disponibilidade e rigor na orientação deste percurso, me permitiu contornar as dificuldades inerentes ao mesmo, possibilitando deste modo direcioná-lo para o rumo certo.

Aos Enfermeiros Orientadores dos diferentes locais de estágio, por todo o apoio e colaboração.

A todas as crianças, jovens e suas famílias, porque este percurso foi feito com eles e para eles.

Às Enfermeiras Graziela, Elisabeth, Salomé e Luisa por nunca deixarem de acreditar.

Aos Enfermeiros da USF Oeiras pela sua colaboração.

Ao meu esposo, Carlos, pela insistência na conclusão de um percurso, que sem a sua ajuda incondicional não teria sido possível.

Aos meus filhos, Sofia e Gonçalo, com eles vivenciei a importância dos cuidados centrados na família.

Aos meus pais, Emilia e Gabriel (*a título póstumo*).

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
ECO	Ecografia
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
TAC	Tomografia Axial Computadorizada
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.1 Saúde e bem-estar	15
1.2 Família	17
2. PERCURSO FORMATIVO: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS.....	23
2.1. Aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico de Betty Neuman.....	23
2.2. Identificar stressores positivos e negativos do sistema cliente.....	25
2.3. Prestar cuidados aos três níveis de prevenção	29
2.3.1 Prevenção primária.....	29
2.3.2 Prevenção secundária	33
2.4. Identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem.....	40
2.5. Identificar sinais de maus tratos infantis	43
2.6 Outras atividades realizadas	46
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETO FUTURO	49
BIBLIOGRAFIA	51
APENDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APENDICE II – ADAPTAÇÃO INDIVIDUAL DO MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	
APENDICE III – PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL	
APENDICE IV – PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS	
APENDICE V – PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL: Manual de registo em SAPE	
APENDICE VI – Apresentação da sessão de formação: PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL - REGISTO EM SAPE	
APENDICE VII – Análise dos dados do questionário de avaliação da sessão de formação: PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL - REGISTO EM SAPE	

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio – intitulado **A importância da família na saúde e no bem-estar da criança e do jovem** – foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no ano letivo 2013/2014, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A família tem vindo a passar por mudanças consideráveis, ao longo dos últimos 50 anos, em Portugal. Têm-se verificado uma diminuição da taxa de natalidade, o aumento do número de pessoas solteiras, o aumento dos divórcios e das famílias reconstruídas, o elevado número de crianças que vivem a situação de divórcio dos pais ou vivem com um dos progenitores solteiro. Estas mudanças têm afetado o desenvolvimento da família, tanto na sua estrutura, como nas suas funções e intervenções, quer internas quer com a comunidade. A criança, devido à sua vulnerabilidade está dependente do adulto, do contexto e, em particular, da família em que está inserida, e estes podem constituir fatores de vulnerabilidade ou de promoção do desenvolvimento. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, em vigor desde 1 de junho de 2013 (Direção-Geral da Saúde, 2013), valoriza as questões relacionadas com a família, nomeadamente o desenvolvimento de competências parentais e o risco de maus tratos.

Para desenvolver conhecimentos sobre a família, parentalidade, saúde e bem-estar, recorri à evidência científica, através da consulta de livros e artigos científicos, em diferentes áreas das ciências da saúde (enfermagem, psicologia e medicina). Para orientar o meu pensamento na compreensão da relação entre a família, a saúde e o bem-estar da criança, recorri ao modelo de Betty Neuman. Este modelo focaliza-se na reação do utente a stressores, adaptação aos três níveis de prevenção, e no desencadear de fatores de reconstituição.

O estágio, de acordo com o projeto realizado e sustentado na filosofia dos cuidados centrados na família, decorreu entre 13 de janeiro e 13 de junho de 2014, tendo com objetivo desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Realizou-se nos seguintes serviços: CPCJ de Oeiras; CPCJ de Cascais; NACJR em Oeiras, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; Unidade de Primeira Infância – Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia; Neonatologia do Hospital de Cascais; Consulta de Pediatria,

Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital de S. Francisco Xavier; Consulta de Saúde Infantil na UCSP Alcântara do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Apêndice I).

Para o estágio, tracei como objetivo geral:

Identificar a influência da família na saúde e no bem-estar da criança e do jovem.

Como objetivos específicos defini:

- Aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico de Betty Neuman;
- Identificar stressores positivos e negativos do sistema cliente;
- Prestar cuidados aos três níveis de prevenção;
- Identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem;
- Identificar sinais de maus tratos infantis.

Este relatório encontra-se estruturado em 3 capítulos; o primeiro contém a síntese da pesquisa sobre os conceitos de saúde, bem-estar e família. O segundo capítulo, em que é apresentado o percurso efetuado, é subdividido em cinco subcapítulos, os quais dão resposta aos objetivos específicos traçados, relacionando-os com as competências desenvolvidas. O último, considerações finais e projeto futuro.

A norma bibliográfica adotada neste relatório é a Norma APA.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo tem por base uma revisão da literatura, a qual foi essencial para a compreensão do conhecimento atual sobre saúde, bem-estar e família. A prática baseada na evidência significa, não só, intervir de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas, também, assegurar que o que é feito pelo enfermeiro *é feito bem* (Person & Craig, 2004).

O final do séc. XX é caracterizado pelo retorno à perspetiva ecologista, levando à mudança de paradigma nas diferentes ciências da saúde, alterando o conceito de saúde e surgindo o conceito de bem-estar; a explanação destes conceitos é feita no primeiro subcapítulo, do enquadramento conceptual.

A família, enquanto cuidador principal da criança, segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), é responsável por promover o desenvolvimento completo e harmonioso da sua personalidade, num ambiente de felicidade, amor e compreensão. Nas últimas décadas verificaram-se alterações na dinâmica e funcionamento das famílias, emergindo novos problemas e novas formas de intervenção; importa, por isso, refletir sobre família, conceitos e funções, com especial enfoque na parentalidade e, por último, sobre o impacto da criança com necessidades especiais de saúde no seio desta, o que corresponde ao segundo subcapítulo do enquadramento conceptual.

1.1 Saúde e bem-estar

Ao longo dos tempos diferentes definições de saúde têm surgido. Inicialmente saúde era entendida como um estado de ausência de doença, em que o centro das atenções era a patologia em si, a sua evolução e o retorno ao estado de não doença. Na década de 70, do séc. XX, surge a segunda revolução da saúde, cujo objetivos consistiam em defender o retorno a uma perspetiva ecológica da saúde e defender o enfoque na saúde, em vez de na doença. Nesse momento surge o conceito de bem-estar associado ao conceito de saúde (Galinha & Pais, 2005). Os fatores macrossociais tais como: as diferenças culturais, os eventos extremos das guerras e dos grandes desastres, as condições socioeconómicas deficitárias, o suporte

social insuficiente e os ambientes psicológicos adversos, são fatores independentes das características biológicas e individuais mas que têm um papel determinante na evolução de muitas doenças. O estudo do bem-estar subjetivo, pela psicologia, desenvolve-se a par do bem-estar psicológico que está associado à saúde mental. O bem-estar subjetivo é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida. Cada um dos constructos deve ser entendido isoladamente, embora se correlacionem substancialmente (*Ibid*).

O conhecimento de enfermagem também acompanhou esta evolução. Na década de 70, do séc. XX, com o início do Paradigma da Transformação deu-se a abertura das ciências de enfermagem ao mundo, com os autores Watson, Rogers, Newman e Parse. Este paradigma perspetiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia. Tem por base o conceito de holismo, o qual é sustentado por conceções como a fenomenologia, o existencialismo, interacionismo e espiritualismo. O enfermeiro, ao cuidar de um utente, vê o todo para além da soma das partes.

Orem (1995) explica o conceito de bem-estar, o qual está associado a uma visão holística do indivíduo, caracterizado por experiências de contentamento, prazer, felicidade e é o alcançar de objetivos definidos. Está associado à saúde, ao sucesso pessoal e à existência de recursos.

Betty Neuman, no seu modelo, descreve saúde como um estado contínuo entre o bem-estar e mal-estar, implicando um fluxo contínuo de energia entre o cliente e o ambiente, onde este lida adequadamente com stressores para reter, obter, ou manter um nível ótimo de saúde (Neuman & Fawcett, 2011). O bem-estar é condição na qual todas as partes e subpartes do sistema cliente estão em harmonia com o próprio sistema, havendo uma estabilidade ótima, correspondente ao melhor estado de saúde possível, estando todas as variáveis em equilíbrio. O mal-estar indica desarmonia entre as partes e subpartes do sistema cliente (Neuman, 1995).

Segundo Watson (2002, p. 86) “A saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma (...) está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado”. Esta visão de saúde foca-se na totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, social, estético e moral e não apenas em alguns aspetos do comportamento humano e da fisiologia. Segundo a autora (*Ibid*) o mal-estar “é uma inquietação ou desarmonia do Eu interior de uma pessoa ou da sua alma, a um dado nível, ou

desarmonia dentro das esferas da pessoa” (na mente, no corpo e na alma). “Mal-estar conota uma incongruência sentida no íntimo da pessoa tal como uma incongruência entre o Eu como é percebido e o Eu experienciado” e não significa obrigatoriamente doença.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2006, p. 95) define saúde como “processo dinâmico de adaptar-se a, e lidar com o ambiente, satisfazer as necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. E bem-estar como “imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a sua independência”.

Após a explanação dos conceitos de saúde e bem-estar importa compreender o conceito de família.

1.2 Família

A família é um sistema ou unidade com ligações entre os membros, estabelecidas pelo casamento, nascimento, ou por fortes laços sociais. A estrutura familiar é responsável pela satisfação das necessidades individuais, pelos interesses dos seus membros, e pela forma como estes lidam ativamente com os seus problemas e questões da vida (Neuman, 1993, citada por Tomlinson & Anderson, 1995). Tem o compromisso de criar, manter e promover a coesão social, mental, física, e o desenvolvimento emocional de cada um dos seus membros (Taylor & Renpenning, 2001; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Atualmente, a maioria das famílias constituem-se com base no amor, possuindo laços simbólicos muito intensos, sendo mais afetivas mas também mais instáveis (Vilar, 2014). O planeamento familiar permite, hoje, que a parentalidade seja uma escolha e não um resultado da tradição, relacionando-se com o desejo de maternidade e de paternidade, que se refletem na aceitação da gravidez. Esta escolha é baseada em critérios de qualidade de vida, sob o ponto de vista das condições materiais e qualidade de vida emocional, enquanto possibilidade de realizar projetos.

A parentalidade é caracterizada por um conjunto de ações realizadas pelos pais (ou substitutos) junto dos filhos, no sentido de promover o seu crescimento e o seu desenvolvimento de forma o mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe na família e na comunidade (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2011; Cruz, 2013).

No desempenho da parentalidade, os pais tem diversas necessidades, funções e papéis:

- Necessidade de conhecimento, compreensão, motivação e oportunidade (Barros & Machado, 2011; Cruz, 2013);
- Satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e saúde, disponibilização de um mundo físico organizado e previsível, resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança, satisfação das necessidades de interação social da criança (*Ibid*);
- Parceria na interação lúdica, disciplinar e de rotina, em que o afeto é positivo, negativo ou neutro, e disponibilização de oportunidades de estímulos e aprendizagens extrafamiliares (*Ibid*).

No primeiro ano de vida da criança, as principais funções dos pais são a satisfação das necessidades básicas e a promoção do desenvolvimento global. A partir do segundo ano, com o aumento da autonomia da criança, os pais passam a assumir um papel socializador de controlo e de orientação dos seus comportamentos.

Os fatores que interferem com a parentalidade, são:

- Relacionados com a criança (percurso de desenvolvimento, características físicas, temperamento) (*Ibid*);
- Relacionados com os pais (personalidade, história de vinculação, habilitações académicas, crenças sobre educação infantil e bem-estar psicológico, doença parental) (*Ibid*);
- Relacionados com a família (relacionamento, acontecimentos da vida, stress familiar, cultura, estabilidade económica e suporte social) (*Ibid*).

Existem ainda diferentes preditores que influenciam o tipo de parentalidade. São preditores de parentalidade positiva:

- Sentimentos positivos de alegria, entusiasmo e humor na família (Rueger, Katz, Risser, & Lovejoy, 2011);
- Pais com maior escolaridade, os quais estão mais conscientes da importância de comportamentos sensíveis (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2009);
- Apoio prestado pelo parceiro, o qual permite aumentar a segurança e o bem-estar da mãe (*Ibid*);
- Família com relações de vinculação segura, com rotinas, em que há organização do espaço e previsibilidade dos acontecimentos (Cruz, 2013).

São preditores de parentalidade negativa:

- Sentimentos negativos de raiva, frustração, irritação e ansiedade, os quais provocam respostas rápidas que podem envolver a punição física, psicológica ou expressões de irritação. Menor atenção dos pais às necessidades dos filhos, a falta de motivação para o uso de estratégias para a resolução de problemas, e a eventual desorganização da resposta (Rueger, Katz, Risser, & Lovejoy, 2011);
- Psicopatologia materna, a qual aumenta o risco de compromisso da vinculação entre a mãe e a criança (Muzik *et al.*, 2013);
- Dificuldade em conciliar a vida profissional com a vida familiar, e famílias demasiado isoladas (Cruz, 2013).

Todas as famílias têm fatores positivos e negativos para o desenvolvimento da parentalidade. Importa, por isso, apoiá-las no sentido de contribuir para que elas sejam ambientes saudáveis de vida e crescimento. No apoio à parentalidade, os pais devem ser considerados os principais responsáveis pela criança, titulares de direitos e obrigações e, parceiros com potencial natural e com direito à diferença no desempenho do seu papel parental (Council of Europe, 2006; Direção Geral da Saúde, 2013).

Os laços afetivos, entre mãe e filho, começam a desenvolver-se durante a gravidez, período em que os pais constroem imagens, sonhos e esperanças em relação a essa criança. A

interação recíproca começa após o nascimento, através da qual se desenvolve o apego entre ambos.

Os pais, com o nascimento de um recém-nascido prematuro, doente ou com uma malformação congénita, vivem a rutura do seu projeto e um sentimento de fracasso, que muitas vezes se traduz por uma agressividade dirigida a si próprios; sentem-se frustrados e culpabilizados (Jorge, 2004). O sofrimento da família pode ser causado não só pela gravidade da doença do filho, mas também pela ansiedade, em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções. Tamez (2013) identifica cinco etapas deste processo emocional:

- 1ª etapa - Choque - caracterizada por sensação de impotência, muito choro, vontade de fugir da realidade;

“o que eu senti foi um grande aperto no coração ... um castelo a desmoronar-se... .Pensamos ... tudo vai correr bem, vamos ter uma filha perfeita e quando sabemos que as coisas não são bem assim... é um grande choque....” (Pimentel et al, sd)

- 2ª etapa - Negação - caracterizada pela não aceitação da realidade, recurso à religiosidade para que as coisas melhorem;
- 3ª etapa - Tristeza, raiva, ansiedade - caracterizada por um sentimento de raiva de Deus, dos médicos, dos enfermeiros; os pais choram muito e retraem-se ficando muito calados;
- 4ª etapa – Equilíbrio – caracterizada por um aumento da tranquilidade dos pais, da esperança, do desenvolvimento da confiança na equipa cuidadora, e um sentimento de maior aptidão para cuidar do filho;
- 5ª etapa – Reorganização – Caracterizada por uma atuação mais independente dos pais, com o assumir da responsabilidade de cuidar do filho.

“agora já está tudo estável, está no 7º ano, já começou a ler algumas palavras....com este tudo vai ser diferente, já foi encaminhado para a intervenção precoce, e já sei a quem pedir ajuda se necessário...” Mãe de duas crianças com síndrome X-frágil em que a primeira foi diagnosticada aos 15 meses de idade e a segunda durante a gravidez, através da amniocentese.

Por vezes até se chegar a um diagnóstico, quando tal é possível, decorre um período de incertezas mais ou menos longo, cujo impacto é enorme nas famílias.

“começamos por fazer uma eco cerebral (...) Estava normal. Em seguida fizemos uma TAC que também estava normal, depois fizemos análises na Faculdade de Farmácia também não houve alterações, em seguida fomos enviados para a genética fizemos as análises aos cromossomas, também não havia nada... Pronto, foi, foi...tudo aquilo que tínhamos que fazer, fizemos e até hoje está tudo normal” (Ibid)

Alguns pais referem que, durante esse período e sentindo-se cada vez mais aflitos e ansiosos, consultaram todos os serviços e especialistas que lhes foram sendo aconselhados, sem nunca receber orientações concretas e específicas que lhes permitiriam saber o que fazer. E que, muitas vezes, a sua opinião, enquanto pais, foi ignorada ou desvalorizada pelos profissionais a quem se “queixaram” e que assim foram adiando uma intervenção num período em que poderia ser crucial.

“A sociedade devia estar preparada para dar toda a ajuda necessária aos nossos filhos. Mas não é assim, nós é que temos que ir à procura dos lugares e das pessoas que nos podem ajudar... Fazemos tudo sozinhos...” (Ibid)

A transmissão da informação à família, sobre o diagnóstico, condição e tratamento, deve ser um processo de discussões repetidas para permitir que a família processe tanto a informação como as suas reações ao diagnóstico, e que possibilite o pedido de esclarecimentos e maiores explicações. Apesar do choque inicial, muitas famílias adaptam-se e são resilientes. Esta capacidade de resiliência significa que a família integrou a experiência para a sua identidade, a fim de retomar um nível de funcionamento igual ou superior ao nível pré-crise (Ahlert & Greeff, 2012). A maioria das famílias luta para se ajustar às exigências de uma criança com necessidades especiais de saúde, podendo superar-se nos recursos e estratégias de *coping* perante a situação, alterando, por vezes, toda a sua vida, acumulando atividades à rotina habitual. São exemplo disso o brincar integrando atividades aprendidas com os diferentes terapeutas (fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional) e até mesmo cuidados mais técnicos com traqueostomia e aspiração de secreções, por exemplo.

A intervenção junto destas famílias deve ser no sentido de as ajudar a descobrir a sua resiliência e a sua força, evitando uma abordagem pela vulnerabilidade, pois esta aumenta os

níveis de stress. A abordagem pela resiliência tem uma visão holística, sem esquecer a vulnerabilidade, está relacionada com a capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as competências da família em situação adversa. Assim deve-se valorizar os fatores positivos no funcionamento familiar, necessários para a adaptação ao diagnóstico, tais como: confiança e otimismo, espiritualidade, acordo e coesão entre os vários membros, comunicação clara (abertura à expressão de emoções e colaboração na resolução de problemas), gestão económica e do tempo, partilha de momentos de lazer, presença de rituais e rotinas e redes de apoio (Black & Lobo, 2008 citado por Augusto, 2010).

O atual conceito de saúde é mais abrangente, tendo por base uma dimensão ecologista, em que para além das características biológicas individuais, são fatores importantes a ter em conta, a cultura, o meio onde o indivíduo está inserido e as condições socioeconómicas, por exemplo. Segundo alguns autores este conceito de saúde está associado ao bem-estar, caracterizados por experiências de contentamento, prazer, harmonia e o atingir de objetivos traçados. O cuidado de enfermagem, hoje, é mais do que resolver apenas os problemas do utente, passa por acompanhar os comportamentos de saúde, de forma a manter o nível de bem-estar definido por este.

A falar-se de cuidados de enfermagem à criança, impõe-se o conhecimento da família, é no seio desta que a criança cresce e se desenvolve; da parentalidade, existindo uma multiplicidade de fatores que interferem com a mesma; da família com uma criança com necessidade especiais de saúde, que sofrem por a sua criança não ser o filho sonhado durante a gravidez.

A família no desempenho das suas funções deverá manter a integridade da unidade familiar e, dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade. A abordagem familiar deve ter por base uma perspetiva holística, identificando e valorizando as suas competências e recursos, numa ótica positiva, de promoção da capacitação, autonomia e responsabilização na tomada de decisão para a resolução dos seus próprios problemas.

Aprofundados os conceitos que suportaram o percurso, segue-se o relato das experiências relacionadas com as competências adquiridas.

2. PERCURSO FORMATIVO: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS

No presente capítulo apresentarei as atividades desenvolvidas no estágio para dar resposta aos objetivos definidos na elaboração do projeto, algumas das quais implementadas no contexto de trabalho, reflexo das aprendizagens feitas; e outras não programadas no projeto. Após o relato das mesmas, identifico as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria desenvolvidas.

Os objetivos específicos definidos foram: aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico de Betty Neuman, identificar stressores positivos e negativos do sistema cliente, prestar cuidados aos três níveis de prevenção, identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem e identificar sinais de maus tratos infantis. O relato das experiências vividas segue essa ordem.

A par da pesquisa realizada, e para facilitar a consulta de informação sempre que senti necessidade, elaborei uma síntese dos documentos sobre: modelo teórico de Betty Neuman (Apêndice II), conceito de desenvolvimento da personalidade, saúde e doença mental, avaliação, triagem e referência em saúde mental infantil e juvenil (Apêndice III) e maus tratos em crianças e jovens (Apêndice IV).

2.1. Aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico de Betty Neuman

As teorias de enfermagem ajudam na compreensão da realidade, favorecem a reflexão e a crítica com base em elementos científicos. Têm no cuidado humano o seu objeto de estudo, e como ciência buscam um corpo de conhecimento próprio. Demonstram as tendências das visões sobre conceitos de saúde, homem, ambiente e enfermagem. O uso da teoria apoia os enfermeiros na definição dos seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e na consequente adequação e qualidade do desempenho profissional.

O modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas em que o cliente é um sistema aberto, que está em constante transformação. Qualquer necessidade pode

perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente, por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida do sistema é caracterizada por este efeito recíproco, contínuo de equilíbrio e desequilíbrio. Este modelo é um modelo holístico, que se adapta a todos os contextos de cuidados, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade, a e aumenta a colaboração interdisciplinar.

A estrutura base do sistema cliente é constituída por cinco variáveis, em interação ou potencial, a qual pode sofrer alterações decorrentes dos stressores. As cinco variáveis são: fisiológica (estrutura e funções do organismo), psicológica (processos mentais e relações), socioculturais (expectativas e atividades sociais e culturais), de desenvolvimento (ao longo da vida) e espiritual (crenças espirituais e sua influência), esta última, com diferentes níveis de desenvolvimento desde completo desconhecimento da sua presença, ou mesmo negação, a uma compreensão espiritual consciente e altamente desenvolvida que suporta o bem-estar, “o espírito controla a mente e consciente ou inconscientemente controla o corpo” (Neuman, 1995, p.29). O enfermeiro, ao utilizar um modelo holístico, faz o “estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem” (*Ibid*, p. 10).

A utilização deste modelo teórico foi organizadora de conhecimentos para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. A elaboração do processo de enfermagem, das crianças/famílias alvo de cuidados, permitiu-me identificar os stressores positivos e negativos, percecionados pela criança, pela família e pelo enfermeiro, os quais interferem na saúde e bem-estar do cliente. Verifiquei que nem sempre o mesmo stressor é identificado ou quantificado do mesmo modo pelos três intervenientes, o que está de acordo com o modelo.

A categorização dos stressores por variáveis e por sistemas, trabalho que nem sempre foi fácil de realizar, permitiu-me refletir sobre como diferentes acontecimentos na vida da criança interferem com esta; foi facilitador da promoção de uma parentalidade positiva e de uma esperança realista, tendo por base os stressores positivos; e permitiu-me a identificação das necessidades de cuidados e a definição do tipo de intervenções de enfermagem a implementar.

A abordagem holística do modelo permitiu-me conhecer, compreender e trabalhar com as famílias e, através da utilização de instrumentos de avaliação familiar, identifiquei o tipo de parentalidade, os stressores e as necessidades da mesma.

Em cada local de estágio, selecionei uma situação sobre a qual redigi um processo de enfermagem, segundo o modelo teórico de Betty Neuman, servindo os mesmos de base à identificação dos stressores e das intervenções apresentados de seguida.

2.2. Identificar stressores positivos e negativos do sistema cliente

No modelo teórico de Betty Neuman, stressores são estímulos ou forças de tensão que ocorrem no ambiente interno ou externo aos limites do sistema cliente. O stressor pode ter um resultado positivo ou negativo, o qual depende da perceção do cliente e da natureza do mesmo. Os stressores são classificados em intrapessoal (ocorrem dentro dos limites do sistema cliente, como a satisfação e o medo por exemplo), interpessoal (ocorrem fora do limite do sistema cliente, mas estão próximos do sistema; ocorre entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de comportamento em grupo por exemplo) e extrapessoal (ocorrem fora dos limites do sistema cliente estando a uma distância maior do que os interpessoais, como as circunstâncias financeiras do país por exemplo) (Neuman, Fawcett, 2011).

O mesmo stressor pode causar uma reacção com aparecimento de sintomas ou pode influenciar a reconstituição após o tratamento dos sintomas. O grau de reacção é a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar ao (s) stressor(es). O momento em que ocorre o stressor, as condições passadas e presentes do sistema cliente, a natureza e intensidade do stressor, e a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar são questões importantes a ter em conta.

Nos vários contextos de estágio identifiquei os stressores percecionados pela criança, pela família e pelo enfermeiro, que apresentarei por sistemas e por variáveis.

- Sistema intrapessoal

Variável fisiológica

Stressores positivos: ausência de doença;

Stressores negativos: doença da criança (ao longo do estágio encontrei crianças com doença neurometabólica, infecção respiratória, amigdalite, infecção urinária, gastroenterite aguda, varicela, escarlatina, síndrome mão-pé-boca (infecção por enterovírus 71), exantema súbito, estrófulo, eczema atópico, convulsão febril, dor abdominal, meningite viral e traumatismo), imaturidade dos sistemas por parto pré-termo, alteração do sono, alteração do estado nutricional por negligência e obesidade;

Variável psicológica

Stressores positivos: temperamento fácil e vinculação segura à família;

Stressores negativos: ansiedade, agressividade, tristeza, desmotivação e ingestão compulsiva de alimentos;

O conhecimento das alterações psicológicas na criança são fundamentais para distinguir uma reação considerada como normal, um estado de tristeza e desilusão breve característicos da infância, de um conjunto de sinais e sintomas de alteração da saúde mental.

O sentimento de tristeza e a depressão podem ser pedidos de ajuda. Embora sentimentos de perda, solidão, inadaptação, raiva e depressão sejam observáveis em todas as crianças, têm de ser avaliados para saber se são transitórios ou se persistem no tempo. Nesses momentos as crianças precisam de conforto e amor suplementar; nas situações de maior gravidade têm também necessidade de apoio especializado.

Variável sociocultural

Stressores positivos: criança sociável e com boa integração no equipamento educativo (creche, jardim de infância ou escola);

Stressores negativos: dificuldade em estabelecer relações com os outros e abandono escolar;

A capacidade de estabelecer relações com os outros, e de cumprir as regras sociais, interfere com as atividades sociais e culturais. É importante saber se essas dificuldades estão relacionadas com uma doença crónica, e/ou são elas mesmo sinais de alteração do bem-estar da criança, para uma adequada planificação de cuidados.

Variável de desenvolvimento

Stressores positivos: desenvolvimento global adequado à idade e sucesso escolar;

Stressores negativos: atraso no desenvolvimento psicomotor, dificuldade na linguagem e dificuldades de aprendizagem;

O conhecimento do desenvolvimento infantil e os sinais do seu atraso, são fundamentais para um diagnóstico e uma intervenção precoce.

- Sistema interpessoal

Variável psicológica

Stressores positivos: família organizada com regras e presença da família alargada, presença dos pais durante a hospitalização da criança, aplicando medidas de conforto (canguru, massagem, manutenção de rotinas para reconfortar a criança);

Stressores negativos: conflitos familiares e violência doméstica, ansiedade dos pais face à situação de doença da criança, doença mental dos pais.

A criança aprende continuamente através dos pais, não só por aquilo que lhe ensinam, mas sobretudo por aquilo que observa e vivencia; eles são o seu porto de abrigo. Muitas crianças vivem com um pai, uma mãe ou ambos com doença física ou mental (abuso do álcool e droga, depressão grave e perturbações da personalidade). Muitas vezes essa mesma doença compromete não só a capacidade de cuidar e educar os filhos, como também o funcionamento familiar e a possibilidade de transmissão genética da doença mental. A criança, ao presenciar conflitos familiares e violência doméstica, experimenta um conjunto de sentimentos de medo, preocupação, perturbação, vergonha e culpa. Esses sentimentos são posteriormente transportados para outras relações fora do seio familiar, contribuindo para que venha a ter dificuldade em confiar nos outros, e a repetir as mesmas atitudes em novas relações.

A presença dos pais durante a hospitalização é fundamental, pela manutenção de algumas rotinas, pela transmissão de segurança e de informação sobre a criança. É, pois, fundamental estar atento aos sinais de ansiedade dos pais, e prestar-lhes todos os cuidados de que necessitam.

Variável sociocultural

Stressores negativos: comportamento agressivo com os colegas ou familiares, o isolamento de um adolescente e os maus tratos;

Variável de desenvolvimento

Stressores positivos: família atenta às necessidades da criança, com estimulação adequada do desenvolvimento infantil;

Stressores negativos: inconsistência e imprevisibilidade nas rotinas familiares, subestimulação do desenvolvimento da criança;

As capacidades da família para o desenvolvimento do papel parental são fundamentais para o apoio ao desenvolvimento da criança e do jovem.

Variável espiritual

Stressores positivos: religião católica e testemunhas de Jeová;

- Sistema extrapessoal

Variável fisiológica

Stressores positivos: Serviços de saúde (hospital e cuidados de saúde primários);

Variável sociocultural

Stressores positivos: CPCJ;

Stressores negativos: habitação degradada;

Variável de desenvolvimento

Stressores positivos: equipamento educativo e equipa de intervenção precoce.

Os cuidados de saúde primários e hospitalares, as entidades de primeira linha, nomeadamente a equipa de intervenção precoce, o equipamento educativo e a CPCJ, são serviços fundamentais para o apoio ao desenvolvimento da criança/do jovem e da família.

Após a identificação dos stressores do sistema cliente, das crianças alvo de cuidados durante o estágio, apresento as intervenções implementadas de acordo com o nível de prevenção.

2.3. Prestar cuidados aos três níveis de prevenção

No modelo de Neuman as intervenções de enfermagem visam a estabilidade do sistema cliente, através da avaliação dos efeitos ou possíveis efeitos dos stressores ambientais, para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Podem ocorrer antes ou depois das linhas protetoras de defesa e resistência serem penetradas nas fases de reação e de reconstituição. As intervenções baseiam-se num possível ou real grau de reação, recursos, objetivos e no resultado antecipado.

Segue-se a descrição das intervenções implementadas, no decorrer deste percurso não tive a oportunidade de desenvolver intervenções do âmbito da prevenção terciária.

2.3.1 Prevenção primária

A prevenção primária é utilizada como retenção de bem-estar, protegendo o sistema cliente reforçando a linha de defesa flexível, através da prevenção de stresse e da redução dos fatores de risco. Ocorre quando o risco ou perigo é identificado, mas antes que ocorra uma reação. Este nível de intervenção inclui diferentes estratégias de promoção da saúde. Neuman, refere que esta deve ocorrer em simultâneo com a prevenção secundária e terciária uma vez que a promoção da saúde deve suportar as outras intervenções para que o cliente atinga um ótimo nível de bem-estar.

No decorrer do estágio desenvolvi as seguintes intervenções no âmbito da prevenção primária:

- Avaliação da dinâmica familiar, utilizando os seguintes recursos: genograma (representação gráfica da família, com 3 gerações, onde são identificados as relações, a morbilidade e outros dados relevantes na avaliação), ecomapa (avaliação dos tipos de relações entre a família a comunidade, identificando os recursos disponíveis), Graffar adaptado (avaliação do nível social através da instrução, dos rendimentos, do emprego conforto do alojamento e aspeto do bairro onde vive), APGAR Familiar de Smilkstein (avaliação da funcionalidade da família), Escala de Holmes & Rahe (avaliação da

probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física ou psíquica). Esta intervenção foi realizada em todos os contextos; para a recolha de informação foi utilizada a consulta de informação já existente no processo da criança e a entrevista aos pais. As escalas foram seleccionadas de acordo com as necessidades, face ao contexto.

- Avaliação dos conhecimentos e comportamentos da família promotores de saúde e do desenvolvimento infantil. Esta avaliação permitiu, nos diferentes contextos, a prestação adequada dos cuidados antecipatórios a cada família.

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, sempre que se contacta com a criança/o jovem/a família. Ao estudar a família, podem observar-se as interações entre os seus membros, o que ajuda a explicar o funcionamento global e individual de cada um. Na avaliação familiar é importante reconhecer que a visão da realidade /do problema é influenciada pela cultura, pelas vivências e pela sua própria conduta. A utilização de instrumentos de avaliação familiar permite a realização da síntese de dados, a identificação dos pontos fortes, dos problemas da família, e a definição de intervenções de enfermagem (Wright & Leahey, 2012).

- Avaliação da relação pais-bebé (a forma como os pais olham a criança, como prestam os cuidados e como reagem quando chora). Esta intervenção foi realizada no contexto da neonatologia, pediatria e consulta de saúde infantil.

No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe (pelo risco de depressão pós-parto) ou do principal cuidador, encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança (Direção-Geral da Saúde, 2013). Indicadores de bem-estar na relação são: sorri, acalma-se, tem contacto visual quando pegada ao colo, responde a estímulos, vira a cabeça para seguir, responde à voz com sorriso, imita sons, mostra preferência pela mãe/cuidador (Dixon, Hamilton-Giachritsis & Browne, 2005). Matos (2003, p. 44) refere que “da observação pedopsiquiátrica corrente as crianças que podem despende de mais tempo com mães equilibradas têm um desenvolvimento mais precoce e uma maior perícia neuromuscular”. O mesmo autor refere que “a vida mental do bebé é despertada e animada pelo desejo entusiástico, a paixão dos pais. Se não existir este investimento parental, a mente do bebé não

se desenvolve (...) Não tendo recebido amor, o indivíduo não vive a experiência fundamental de ser amado (...) A clivagem razão/emoção, como desprezo pelo afeto e hiperinvestimento no real e lógico será, porventura o processo efetivo no desenvolvimento da vulnerabilidade somática.” (*Ibid*, 2003, p. 35).

- Avaliação em idades chave de: peso, estatura, índice de massa corporal, perímetro cefálico, tensão arterial e avaliação do desenvolvimento infantil aplicando a escala Schedule of Growing Skills II, para despiste precoce de eventual alteração do crescimento e do desenvolvimento. Intervenção realizada na consulta de saúde infantil em cuidados de saúde primários.
- Avaliação da adaptação ao equipamento educativo (questionando os pais como a criança reage quando é deixada na creche ou jardim-de-infância, *feed-back*; dado pela educadora, se em casa notaram alteração do seu comportamento), e sucesso escolar (presença ou não de dificuldades de aprendizagem). Esta atividade foi realizada na consulta de saúde infantil.

A avaliação do desenvolvimento da criança possibilita descrever o desempenho atual da mesma, as suas capacidades e dificuldades, bem como estabelecer comparações ao longo do tempo, que irão permitir descrever o padrão temporal do desenvolvimento. Esta avaliação sistemática é fundamental para identificar precocemente eventuais desvios (perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo) e proceder à referenciação a outros profissionais de saúde, nomeadamente, à equipa de intervenção precoce.

- Realização de visita domiciliária para avaliação da dinâmica familiar, avaliação do desenvolvimento infantil, avaliação da relação pais-criança e transmissão de orientações antecipatórias.

Anteriormente realizava visita domiciliária a crianças com as vacinas em atraso, que não respondiam às convocações, e a recém-nascidos para realização do diagnóstico precoce. Nos últimos quatro meses realizei visitas domiciliárias a várias crianças com menos de seis meses. A avaliação da família no seu contexto (domicílio) permite ao enfermeiro avaliar e intervir através de educação e apoio para melhorar os comportamentos parentais (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, C., 2009). A visita domiciliária realizada durante os primeiros seis meses de vida da criança permite: diminuir as idas à urgência hospitalar, melhorar a

ligação da família com os recursos da comunidade (serviço social, de saúde e educação), aumentar os comportamentos parentais positivos, melhorar a qualidade do envolvimento dos pais, melhorar a saúde mental da mãe e melhorar o bem-estar da família (Dodge *et al.*, 2014).

- Transmissão de orientações antecipatórias à família, com o objetivo de desenvolver competências parentais, sobre: cuidados ao recém-nascido, relação entre os pais e o recém-nascido (contacto físico e vinculação), alimentação (leite materno, leite adaptado, introdução de novos alimentos, prevenção de erros alimentares), saúde oral, sono, prevenção de acidentes, sinais e sintomas comuns, sinais de alerta, atividades promotoras do desenvolvimento infantil e da socialização (afeto, brincadeira, acompanhamento escolar, acompanhamento dos relacionamentos com outras crianças), estratégias de disciplina (regras, reações aos comportamentos das crianças) e reações vacinais. Na consulta de saúde infantil esta intervenção foi realizada no atendimento de crianças desde os 4 dias de vida até 12 anos de idade.

O treino de competências parentais é uma ferramenta importante para a mudança de comportamentos da família, quando necessário. Orientar, se necessário, os pais a serem menos agressivos na resposta aos maus comportamentos da criança (gritar, bater) e a utilizarem estratégias de disciplina (consistência, previsibilidade, limite no tempo, controlo das emoções), concentrando-se sobre o comportamento positivo, elogiar e recompensar perante comportamentos positivos; ao valorizá-la, tornam a criança mais competente socialmente e reduzem a probabilidade de abuso, de negligência e a alteração de comportamentos na infância (agressividade e dificuldade de integração no grupo por exemplo) (Reedtz, Handegård, & Mørch, 2011; Breitenstein *et al.*, 2012).

Durante os cuidados à criança e família, o estabelecimento de uma comunicação efetiva, através utilizando técnicas apropriadas ao desenvolvimento da criança e culturalmente sensíveis, permitiu-me a recolha de informação para realizar a avaliação da dinâmica familiar, dos conhecimentos e comportamentos face à saúde. Conhecendo as características da família, adaptei os cuidados antecipatórios às suas necessidades, envolvendo-os na promoção da saúde através do estabelecimento de uma parceria de cuidados.

Estas intervenções permitiram-me o desenvolvimento das seguintes competências específicas, previstas no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011:

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

- ✓ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade;

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

- ✓ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- ✓ Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais;

Após a descrição das intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção primária, apresentarei as relacionadas com a prevenção secundária.

2.3.2 Prevenção secundária

A prevenção secundária ocorre quando a prevenção primária não ocorreu ou foi mal sucedida e surge a reação ao stressor com aparecimento de sintomas. A prevenção secundária é utilizada para fortalecer a estrutura básica com reforço das linhas de resistência. O objetivo é tratar os sintomas para atingir o ótimo equilíbrio do sistema e bem-estar. O tratamento pode ser iniciado em qualquer momento após o aparecimento dos sintomas. Deverão ser utilizados os recursos internos e externos do cliente para recuperar a estabilidade do sistema, fortalecendo as linhas internas de resistência, reduzindo a reação ao stressor e aumentando os fatores de resistência.

No decorrer do estágio desenvolvi as seguintes intervenções no âmbito da prevenção secundária:

- Avaliação de: peso, estatura, índice de massa corporal, perímetro cefálico, tensão arterial e avaliação do desenvolvimento infantil aplicando a escala Schedule of Growing Skills II, em crianças com alterações do crescimento e do desenvolvimento. Intervenção realizada na consulta de pediatria e de desenvolvimento no hospital.

Colaborar na avaliação de crianças com alterações do crescimento, do desenvolvimento e a pesquisa bibliográfica realizada permitiram-me aprofundar os conhecimentos nesta área.

- Identificação de sinais e sintomas de alteração do bem-estar, com orientação e/ou encaminhamento para o médico:
 - Físico - sinais de instabilidade das funções vitais (neonatologia e urgência pediátrica); sinais e sintomas das doenças mais comuns da infância: infecção respiratória, amigdalite, infecção urinária, gastroenterite aguda, varicela, escarlatina, síndrome mão-pé-boca (infecção por enterovírus 71), exantema súbito, estrófulo, eczema atópico, convulsão febril, dor abdominal, meningite viral, laringomalácia e traumatismos (urgência pediátrica e consulta de saúde infantil em cuidados de saúde primários).

A realização de triagem em contexto de urgência hospitalar permitiu-me desenvolver competência para a identificação de sinais e sintomas de doença de uma forma sistematizada, priorizando as situações de maior urgência, no encaminhamento para o médico.

- Psíquico – ansiedade, medo excessivo, baixa autoestima, dificuldade na relação entre a mãe e a criança, dificuldades em dormir, agressividade, dificuldade na socialização (Unidade de Primeira Infância – Pedopsiquiatria, CPCJ, Urgência pediátrica e consulta de saúde infantil em cuidados de saúde primários).
- Avaliação do risco de maus tratos, através da identificação de fatores de risco, fatores de proteção, sinais de alerta, sinais e sintomas.

Dando cumprimento ao atual Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil, a avaliação do risco de maus tratos passou a ser uma prática diária, agora com mais conhecimentos, adquiridos com a pesquisa bibliográfica e com o confronto com situações já identificadas e em acompanhamento pelo NACJ e pela CPCJ. Em todas as consultas de saúde infantil realizo esta atividade, com especial atenção para a valorização dos fatores de proteção.

- Encaminhamento da criança para outro profissional de saúde (na presença de sinais e sintomas de doenças comuns, anteriormente identificadas, encaminhei para o médico, na presença de sinais de alteração da saúde mental encaminhei

para o médico de família e psicólogo, perante uma situação de sinais de maus tratos encaminhei a criança para o NACJR).

- Avaliação da dor utilizando as escalas NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), Escala de faces de Wong-Baker e escala numérica, de acordo com a idade. Esta intervenção foi realizada no serviço de neonatologia, pediatria e urgência pediátrica. Sendo a dor considerada como o quinto sinal vital, a avaliação da mesma faz parte das intervenções aplicadas a todas as crianças. Durante os procedimentos dolorosos avaliei a dor a fim de validar a eficácia das estratégias, não farmacológicas e farmacológicas, aplicadas antes e durante o procedimento.
- Utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor durante os procedimentos doloroso, tais como:
 - em recém-nascido - administração de sacarose, a sucção não nutritiva com chucha, contenção e enrolamento (membros superiores e inferiores fletido e alinhados na linha média, com as mãos perto da boca).
 - nas crianças mais velhas e de acordo com o estadio de desenvolvimento – informação preparatória, distração, imagem guiada, toque e conforto.
- Utilização de estratégias farmacológicas para alívio da dor durante os procedimentos dolorosos (Emla).

Esta intervenção foi realizada no serviço de neonatologia (administração de sacarose, sucção não nutritiva, contenção e enrolamento), pediatria (administração de sacarose, sucção não nutritiva, informação preparatória e emla) e urgência pediátrica (sacarose, sucção não nutritiva, informação preparatória, distração, imagem guiada, toque e conforto).

A pesquisa bibliográfica permitiu-me desenvolver conhecimentos sobre os cuidados não traumáticos. Anteriormente apenas tinha utilizado o método canguru, sucção não nutritiva e o Emla.

As intervenções não farmacológicas têm como finalidade prevenir ou reduzir a intensidade da dor e por objetivo reduzir o stress, prevenir a agitação, preservar a energia, promover o crescimento e a recuperação, facilitar as capacidades de autorregulação, reduzindo a morbilidade neonatal dos prematuros (Tamez, 2003).

Tamez (2013) identifica sete intervenções não farmacológicas a serem aplicadas a recém-nascidos:

- Ambiente: diminuição da estimulação ambiental (iluminação, ruído, toque) e música suave e calma, sons intrauterinos.
- Contenção e enrolamento: fazer o enrolamento antes do procedimento doloroso, envolvendo o recém-nascido com os membros inferiores e superiores fletidos e alinhados na linha média, com as mãos perto da boca.
- Posicionamento: lateral com os membros alinhados na linha média, facilita a organização comportamental e promove o relaxamento, diminuindo o stress provocado pela dor.
- Método canguru: Contacto pele a pele em posição vertical contra o tórax do pai ou da mãe.
- Sucção não nutritiva: utilizar a chucha ou o dedo do recém-nascido.
- Sacarose: de acordo com a revisão sistemática da literatura, realizada por Gaspardo, Linhares & Martinez (2005), a solução de sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimento doloroso de punção, capilar ou venosa, em recém-nascidos saudáveis de termo ou pré-termo. De acordo com os estudos, a solução deve ser administrada oralmente, 2 minutos antes do procedimento doloroso, na parte anterior da língua do recém-nascido. A utilização da sacarose, como intervenção não farmacológica, para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, é recomendada pela Academia Americana de Pediatria (Reis *et al.*, 2013).
- Medidas de conforto - massagem, posicionamento, contenção com a roupa da cama e rolo de espuma em contato com o corpo todo em firme contenção para a cabeça e pés (Moreira, Lopes & Caralho, 2004).

Da minha experiência anterior em pediatria, nos cuidados ao recém-nascido prematuro, não tinha consciência da importância destes cuidados para o desenvolvimento da criança.

- Avaliação da presença de stress parental (ansiedade, tristeza, choro, baixa autoestima no desempenho da parentalidade) realizada em todos os serviços; e identificação de psicopatologia dos pais.
- Promoção de momentos para os pais expressarem os seus sentimentos, dúvidas e anseios face à situação clínica dos filhos, identificarem neles próprios as suas capacidades e fatores de resiliência, valorizando as suas competências (intervenção realizada com maior expressão no serviço de pediatria e consulta de saúde infantil).
- Transmissão de informação sobre grupos de autoajuda (pais em rede e banco de informação de pais para pais – BIPP, realizado no serviço de pediátrica aos pais de uma criança com suspeita de doença neurometabólica).
- Encaminhamento dos pais para outros profissionais (nos últimos quatro meses identifiquei quatro mães com sinais de alteração da saúde mental que encaminhei para o médico de família e psicólogo e um casal em conflito e com sinais de alteração da saúde mental da mãe, que encaminhei para terapia familiar com psicólogo).

Os cuidados centrados na família são uma forma de cuidar das crianças e suas famílias nos serviços de saúde que garantem que os cuidados são planeados para toda a família, e não apenas para o indivíduo criança/pessoa, onde todos os membros da família são reconhecidos como alvo de cuidados (Shields, Pratt e Hunter, 2006). A dimensão holística dos cuidados centrados na família implica o conhecimento das necessidades da família (médicas, físicas, sociais, psicológicas, espirituais e económicas) por parte dos enfermeiros, assim estes, para além de cuidarem da criança doente, também cuidam dos efeitos dessa mesma doença na família (Coyne *et al.*, 2011).

- Integração da família na prestação de cuidados, orientando, instruindo, treinando (alimentação, cuidados de higiene, estimulação sensório-motor medidas de conforto - massagem, canguru, posicionamento com os membros superiores e inferiores fletidos e alinhados na linha média, com as mãos perto da boca). Esta intervenção foi realizada no serviço de neonatologia (recém-nascido prematuro) e no serviço de pediatria (recém-nascido doente).
- Orientação dos pais e cuidadores de duas crianças, de quatro e seis meses, com alteração do desenvolvimento infantil, com estratégias de estimulação psicomotora

para desenvolver as capacidades destas, de acordo com a fase do desenvolvimento em que se encontram. Esta intervenção foi realizada em cuidados de saúde primários.

Após a identificação de ligeira alteração do desenvolvimento infantil, desloquei-me ao domicílio para no seu próprio contexto validar a situação. Após confirmação orientei os pais da forma como poderiam estimular o desenvolvimento da criança, através do brincar. Foram realizadas duas visitas domiciliárias, com intervalo de quinze dias. Na consulta seguinte (dois meses após deteção da alteração do desenvolvimento), verificou-se que a criança mais nova já tinha um desenvolvimento adequado à idade, enquanto a outra não, pelo que foi referenciada para a consulta de desenvolvimento.

Envolvimento da família na tomada de decisão sobre a prestação de cuidados à criança e medidas terapêuticas.

Durante o estágio, no serviço de pediatria, tive a oportunidade de refletir, com alguns enfermeiros do serviço, sobre os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, tendo como alvo dessa reflexão os pais de um recém-nascido com a suspeita de uma doença neurometabólica. Nessa reflexão foram abordados os sentimentos dos pais, as estratégias a desenvolver para melhorar o seu bem-estar e a importância de os envolver na tomada de decisão terapêutica (administração de diazepam em SOS) e não apenas na prestação de cuidados à criança.

Segundo Espezel & Canam (2003), a negociação entre pais e/ou criança e os profissionais no hospital é muitas vezes identificada como a chave para o sucesso da interação durante a hospitalização, incluído o estabelecimento de relações harmoniosas e a partilha de cuidados à criança. Segundo Coyne *et al* (2011), ensinar, educar, supervisionar, apoiar, aconselhar e construir uma relação de confiança são intervenções de enfermagem. O enfermeiro deve consultar os membros da família para, eles próprios, também identificarem as necessidades de cuidados à criança e, em seguida, negociar os cuidados. A participação da família tem como benefícios a promoção da saúde, o conforto da criança e a prestação de cuidado holístico, que melhoram os resultados clínicos e garantem um alto padrão de atendimento.

Estas intervenções permitiram-me o desenvolvimento das seguintes competências específicas, previstas no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011:

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

- ✓ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade;
- ✓ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/do jovem;
- ✓ Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade
- ✓ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- ✓ Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem, otimizando as respostas;
- ✓ Providencia cuidados à criança/ao jovem, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

- ✓ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- ✓ Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

Após a descrição das intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção secundária, apresentarei intervenções realizadas para dar resposta ao objetivo específico Identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem.

2.4. Identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem

Segundo o Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2012), as perturbações mentais são presentemente o principal problema de saúde pública na Europa, e um dos principais em todo o mundo, para todos os grupos etários. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Esta estimativa é confirmada pela Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica (*Ibid*).

É fundamental que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria conheça as características que se verificam em cada fase do desenvolvimento, para assim compreender a criança e os comportamentos que pode esperar dela, tendo o objetivo primordial de a ajudar a cumprir o seu próprio percurso de desenvolvimento, para se tornar um adulto saudável. O conhecimento da variável psicológica do sistema cliente inclui: o conhecimento de comportamentos saudáveis e regressivos; reações a eventos traumáticos, a estímulos e a estranhos; utilização de objetos significativos de segurança e mecanismos de *coping*; e a importância das outras pessoas na sua vida (Neuman, Fawcett, 2011).

Para cumprir este objetivo planeei duas semanas de estágio na Unidade de Primeira Infância, do serviço de Pedopsiquiatria, do Hospital de Dona Estefânia.

Na realização da consulta de enfermagem de saúde infantil, passei a estar mais desperta para os sinais de alteração da saúde mental da criança, especialmente filhos de mães com sinais de depressão e nas situações de conflito conjugal.

Identifiquei cinco situações de risco cujas idades das crianças eram: primeira semana de vida, um mês de idade, dois anos, três anos e meio e oito anos. Nas primeiras quatro situações os primeiros sinais foram identificados nas mães que se caracterizava por:

- Fuga ao contacto visual com a criança (1 situação);
- Baixa autoestima, dificuldade em confortar a criança (2 situações);
- Choro fácil, excesso de preocupações face à criança (4 situações).

- ✓ Na criança cujos sinais foram identificados na primeira semana de vida, agora com dois meses, ainda não se identificam sinais de alteração.
- ✓ Na segunda situação, em consulta de enfermagem, no centro de saúde e no domicílio, tenho monitorizado a relação entre a criança, atualmente com seis meses de idade, e a mãe, com antecedentes depressivos que, aos dois meses e meio da criança, por agravamento do seu estado, reiniciou antidepressivos. A criança apenas com dois meses era muito interativa com o adulto; aos quatro meses apresentava um fâcies sisudo, muito menos interativo; e na consulta dos 6 meses, desvia o olhar do adulto, incluindo dos pais. A mãe refere desde sempre dificuldades em acalmar a criança em períodos de choro e dificuldades, inicialmente, na amamentação e, depois, na administração de leite adaptado (não pegava ao colo para dar o biberon, colocava-a encostada a uma almofada no sofá – observação no domicílio). Atualmente, esta mãe abandonou a consulta de psicologia e não está a ter apoio, pelo que foi marcada consulta com o médico de família para reavaliação da situação.

Nas crianças de dois e três anos verifica-se dificuldade na relação com os adultos, dificuldades em dormir.

A criança de dois anos é filha de pais separados e em situação de conflito, a mãe apresenta sinais de depressão. Nesta situação foram transmitidas orientações à mãe no sentido de promover uma maior autonomia da criança (proporcionar à criança momentos em que esta brinque sozinha no quarto, por exemplo), tentando diminuir a transmissão da sua ansiedade (não sendo tão rígida com os horários e as rotinas, por exemplo) e, em simultâneo, foi reforçada a importância da consulta de psicologia, tendo sido encaminhada. Foi agendada nova consulta, ao fim de um mês com o pai, para avaliar a relação deste com a criança.

A criança de três anos é filha de uma mãe com depressão em acompanhamento pela psicóloga do centro de saúde. Na primeira intervenção foi realizada entrevista à mãe para avaliação da dinâmica familiar, tendo sido marcada consulta para a criança ao fim de uma semana. Por falta à consulta de psicologia, e falta à consulta de enfermagem marcada e remarcada novamente, foi feita visita domiciliária também sem sucesso. Por não se conseguir contactar telefonicamente nem no domicílio, havendo a informação de uma vizinha de que

não estavam ausentes, realizei reunião com a psicóloga e decidiu-se encaminhar a situação para o NACJR por abandono das consultas.

A criança de oito anos é filha de pais separados, vive só com a mãe, por deliberação do tribunal só pode estar com o pai durante o dia, atualmente este está a viver em Angola desde novembro de 2013. Identifiquei os sinais de ansiedade (fácies triste, cabeça baixa, desviando o olhar) em contexto de urgência pediátrica, e posterior seguimento em consulta de saúde infantil no centro de saúde. Para realizar a avaliação desta situação, realizei duas consultas com a mãe sozinha e três com a criança também sozinha, com intervalo de duas semanas entre cada. As estratégias utilizadas na avaliação da criança foram o desenho (1º desenhou uma casa, uma árvore, com uma zona mais escura no tronco, ela, a mãe e o pai, desenho com sol e cores alegres), a leitura de um livro sobre os sentimentos (para cada sentimento tínhamos de partilhar uma situação vivenciada, não tendo verbalizado nenhuma situação de tristeza, nem de alegria) e brincadeira com bonecos e uma casinha (uma das histórias era uma menina que vivia com a mãe e o seu animal de estimação – um coelho; o pai estava ausente do país. Quando este voltou para casa e tocou à campainha a mãe colocou um vestido de festa, enquanto a filha abriu a porta, depois sentaram-se todos no sofá da sala a ver o programa preferido da menina, em harmonia. Atualmente, esta criança já está a ser acompanhada pela psicóloga do centro de saúde, que identificou um quadro depressivo.

Estas intervenções permitiram-me o desenvolvimento da competência específica, integrada no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011:

Assiste a criança/o jovem com a família, na maximização da sua saúde

- ✓ Intervém nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/ do jovem.

Após ter explanado as intervenções realizadas e as competências desenvolvidas para dar resposta ao objetivo identificar situações de risco para a saúde mental da criança e do jovem, passo a relatar as intervenções relacionadas com o objetivo identificar sinais de maus tratos infantis.

2.5. Identificar sinais de maus tratos infantis

Todos os anos, milhões de crianças no mundo assistem e são vítimas de violência física, sexual e emocional. Os maus tratos infantis são um problema global com grande impacto na saúde física e mental, no bem-estar, no crescimento e desenvolvimento das vítimas. O reconhecimento a nível nacional e internacional da criança como um sujeito do direito implica um esforço por parte da comunidade na promoção e proteção dos seus direitos, tendo um especial enfoque nas crianças mais vulneráveis, por se encontrarem em situação de risco ou perigo.

O Artigo 3º da Convenção sobre os Direitos da Criança (p. 6), adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990, faz referência ao superior interesse da criança, ao afirmar que:

“1. Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas, ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança.

2. Os Estados partes comprometem-se a garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para esse efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas”

O Artigo 19º da referida convenção (p. 13) responsabiliza o Estado pelo dever de proteger a criança contra todas as formas de maus tratos, por parte dos pais ou de outros responsáveis por ela, estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.

“1. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.

2. Tais medidas de proteção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório,

transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus tratos infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial”

Também na Constituição da República Portuguesa, no Artigo 69.º (2005), é salvaguardado o superior interesse da criança, em que:

“1. As crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.

2. O Estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal.

3. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar.”

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria deve garantir o cumprimento dos direitos das crianças, sendo sua competência assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade; Diagnostica precocemente e intervém ... nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p. 8654).

Para cumprir este objetivo planeei três semanas de estágio em CPCJ e NACJR, estando na CPCJ de Oeiras cinco turnos, na CPCJ de Cascais dois turnos e no NACJR em Oeiras do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras dois turnos. Inicialmente estava planeado um turno no NACJR do Hospital de Santa Maria, que não se realizou por alterações da organização do serviço de última hora.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de participar em reuniões da comissão restrita da CPCJ e do NACJR, onde são apresentados à equipa alguns processos em acompanhamento para discussão de estratégias a utilizar e deliberação das medidas a aplicar que, de acordo com a Lei n.º 147/99 de 1 de setembro (2009), incluem apoio junto dos pais e recursos a mobilizar das entidades de primeira linha (serviço de saúde – enfermeiro, médico, psicólogo, serviço social e equipamento educativo), apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para autonomia de vida, acolhimento familiar e/ou acolhimento em instituição. Participei em entrevistas realizadas à criança /ao jovem e à família nas diferentes instituições e participei também em visitas domiciliárias. No decorrer das mesmas fui apresentada (*enfermeira a fazer estágio*), participei sempre como observador, em nenhum

momento senti que fosse um elemento constrangedor para as crianças/os jovens e família. As problemáticas de referência destas crianças/destes jovens foram:

- Criança/ Jovem assume comportamentos de risco, consumo de droga, e álcool e tentativa de suicídio, que afetam a sua saúde e o seu bem-estar (dois jovens com idade entre os 11 e os 21 anos);
- Exposição a modelos de comportamentos desviantes (violência doméstica e consumos de álcool e droga por parte dos pais), que podem comprometer a saúde, a segurança, o bem-estar e o desenvolvimento da criança (quatro crianças com idade inferior a cinco anos);
- Negligência parental (quatro crianças com idade inferior a cinco anos);
- Situações de perigo em que esteja em causa o direito à educação – abandono escolar (dois jovens com idade entre os 11 e os 21 anos).

A experiência vivida neste contexto de estágio permitiu-me o confronto com situações de grande complexidade, tais como, violência doméstica, consumo de álcool e droga por parte dos pais, comportamentos de risco na adolescência e tentativa de suicídio em crianças, deixando-me mais atenta para a identificação de situações de risco. Permitiu-me o conhecimento do funcionamento das estruturas de apoio à criança, NACJR, CPCJ, tribunal de família e menores e recursos da comunidade (educativos e sociais). Todo o trabalho que é feito por estas instituições é direcionado para afastar o perigo e diminuir os fatores de risco, para melhorar as condições de vida da criança/do jovem/da família, o que passa pelo desenvolvimento de competências parentais, a procura de soluções educativas, a alternativa à via de ensino normal, o encaminhamento para serviços de saúde especializados e a mobilização de todos os recursos da comunidade local, para melhorar as condições de vida da criança/ do jovem e da família.

Em consulta de saúde infantil, identifiquei uma situação de maus tratos, em que existia violência doméstica e uma tentativa de fuga de casa, por parte de uma criança com sete anos, que referenciei para o NACJR, estando a ser acompanhada pela psicóloga do centro de saúde.

2.6 Outras atividades realizadas

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade de desenvolver outras atividades que, não estão diretamente relacionadas com os objetivos propostos, permitiram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista. De seguida serão apresentadas as atividades na área da gestão e da formação.

Gestão

Durante o estágio no serviço de pediatria, planeei um dia para acompanhar a enfermeira chefe no desempenho das suas funções. Esta atividade permitiu-me tomar consciência e validar atividades já desenvolvidas na USF onde desempenho funções de gestão. Quando faço gestão de stocks/farmácia, horários de enfermagem e gestão de conflitos, estou a mobilizar a competência de enfermeiro especialista (C2), adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto e visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Liderança é responsabilidade, confiança e respeito. O enfermeiro gestor, na sua prática clínica, tem de compreender a reforma do sistema de saúde e o seu impacto nos cuidados prestados, de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de modo eficaz, gerindo a mudança, dando valor à qualidade dos cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências. Garante a excelência da prática de cuidados de enfermagem, de condições do exercício com respostas competentes e eficazes face às necessidades complexas de todos os contextos em que os utentes se encontram e na qual se exercem (Guerra, 2011). O percurso realizado para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, permitiu-me melhorar o meu desempenho de liderança.

No contexto atual de mudanças sociais e económicas, em simultâneo com a reforma dos cuidados de saúde primários, a motivação e o bem-estar dos enfermeiros tem sido uma preocupação na minha liderança. Quando motivados, os profissionais, mesmo em situações de

conflito ou desafio, conseguem focar-se nos aspetos positivos, procurando sempre a melhoria do seu desempenho.

Formação

Durante o estágio na UCSP Alcântara, do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, foi-me proposta a realização de uma formação em serviço sobre o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, mais especificamente sobre o registo em SAPE. A atual revisão resultou numa mudança de paradigma nos registos dos Cuidados de Saúde Primários e na criação de novas ferramentas digitais (Nascer Utente, Notícia de Nascimento digital e eBoletim). Tendo por base uma ótica de partilha de informação e gestão de recursos, os módulos de saúde infantil e juvenil, do Sistema de Apoio ao Médico e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), passaram a ter uma filosofia de partilha total da informação. Surgiram, assim, alterações nos registos em SAPE, tendo sido criado o registo da avaliação do risco de maus tratos e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce.

A formação teve como objetivos sensibilizar os enfermeiros para as alterações introduzidas no Programa Nacional de Saúde Infantil e capacitá-los para a realização de registos de enfermagem no atual aplicativo informático do SAPE. Foi apresentada a 27 enfermeiros do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, dividida em três sessões no mês de maio de 2014 (dia 20 na UCSP Alcântara, dia 21 UCSP Linda-a-Velha e dia 30 USF Oeiras). Estiveram presentes enfermeiros das UCSP's: Alcântara, Linda-a-Velha, Algés, das USF's: Ajuda, Plátanos, Conde de Oeiras e Oeiras, das UCC's: Cuidar mais e Saúdar. No apêndice VI encontra-se a apresentação e a respetiva avaliação.

Além da sessão de formação em serviço, elaborei um manual (Apêndice V) que pretende ser um instrumento de suporte, para os enfermeiros na realização dos registos de enfermagem no SAPE, através da explicação de todos os passos a seguir, de forma precisa e clara.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento das competências comuns, contidas no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011:

Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, através da elaboração do manual de registos, do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, em SAPE.

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (*Ibid*), atuando como formador.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETO FUTURO

Da experiência vivida e refletida, baseada na evidência científica, verifiquei que a família é uma variável do sistema cliente a qual pode interferir, de forma positiva ou negativa, no equilíbrio do mesmo, na obtenção, recuperação e manutenção de ótimo nível de bem-estar. As mudanças verificadas na família aumentam a sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de doença mental, dos seus membros, e para o risco de maus tratos. Todas as famílias têm fatores positivos para o desenvolvimento da parentalidade, importa por isso apoiá-las para que sejam ambientes facilitadores de crescimento e desenvolvimento da criança.

A situação de doença da criança provoca nos pais sentimentos de angústia e incertezas face ao futuro da mesma. A abordagem à família deve ser feita no sentido da descoberta da sua resiliência e da sua força, diminuindo assim os níveis de ansiedade.

Os primeiros anos de vida da criança são caracterizados pela plasticidade do sistema nervoso central e do funcionamento psíquico, pelo que a identificação precoce de situações de alteração na saúde e no bem-estar, quer na criança, quer na família, bem como a relação entre ambas, é fundamental, para que a intervenção seja o mais precoce possível.

A utilização de um modelo teórico de enfermagem do paradigma da transformação, em que os fenómenos são únicos mas em interação com tudo o que os rodeia, facilitou a compreensão dos conceitos de saúde e bem-estar; a importância da família para o desenvolvimento da criança; e o estabelecimento de parceria para a tomada de decisão sobre os cuidados, acompanhando a criança/o jovem e a família nas suas experiências de saúde.

Refletindo sobre o percurso, desde o início da elaboração do projeto de estágio, é com sentimento de missão cumprida que olho para o caminho percorrido, o qual me permitiu atingir os objetivos traçados.

O desenvolvimento deste projeto foi o resultado de um conjunto de experiências vivenciadas que levaram a um conjunto de reflexões, que facilitaram a integração do conhecimento adquirido e a tomada de consciência do aprendido. Segundo Benner (2001, p. 61) experiência significa “melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”.

Os princípios do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estiveram subjacentes a este percurso, uma vez que as atividades desenvolvidas o foram no âmbito de uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

O desenvolvimento de habilidades para identificar situações de risco para a saúde mental da criança, situações de risco de maus tratos infantis e os seus sinais e sintomas, permitiu-me melhorar a resposta aos problemas emergentes da infância na área das alterações dos comportamentos e dos maus tratos.

Era meu propósito melhorar a minha prática de cuidados junto das crianças/dos jovens e suas famílias. Essa mudança foi-se tornado visível ao longo do estágio, verificando-se um salto qualitativo, nessa mesma prática. Atualmente a avaliação que faço à criança/ao jovem e à família, na consulta de saúde infantil, é mais minuciosa, identificando novos problemas de enfermagem. “Quando se podem descrever situações clínicas onde a sua (do enfermeiro) intervenção faz a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrentes da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (Benner, 2001, p. 61).

Ciente de que a aquisição de competências é um processo contínuo, e de que a manutenção das mesmas está dependente de uma prática continuada, e dado que a vigilância de saúde infantil é feita pelos enfermeiros de família, gostaria de desenvolver um projeto de seguimento de crianças e família de risco na consulta de enfermagem na USF onde trabalho. Segundo Benner (2001), os enfermeiros devem recolher os seus próprios exemplos, prosseguirem as suas linhas de investigação e trabalharem sobre as questões levantadas pelo seu próprio conhecimento prático.

BIBLIOGRAFIA

- Ahlert, I. A., & Greeff, A. P. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *American Annals Of The Deaf*, 157 (4), 391-404. Acedido em 18/03/2014. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011768588&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Augusto, C. O. F. (2010). Resiliência das famílias com crianças com necessidades de cuidados especiais. *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado*. 973-978. Acedido em 18/03/2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17146/1/Resili%C3%A4ncia%20das%20fam%C3%ADlias%20com%20crian%C3%A7as%20com%20necessidades%20de%20cuidados%20especiais.pdf>
- Barros, R. & Machado, C. (2011). *Definições, Dimensões e Determinantes da Parentalidade*. Acedido a 26/02/2014. Disponível em: <https://digitalis-dsp.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/3447/3/13%20-%20Defini%C3%A7%C3%B5es,%20dimens%C3%B5es%20e%20determinantes%20da%20parentalidade.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original inglês From Novice To Expert, 2001, Pearson Education).
- Breitenstein, S., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. *Research In Nursing & Health*, 35 (5), 475-489. Acedido a 24/03/2014. DOI:10.1002/nur.21489
- Bryanton, J., Gagnon, A., Hatem, M., & Johnston, C. (2009). Does perception of the childbirth experience predict women's early parenting behaviors?. *Research In Nursing & Health*, 32(2), 191-203. Acedido a 24/03/2014. DOI:10.1002/nur.20314

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *CIPE Versão 1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Constituição da República portuguesa. Acedido em 14/01/2014 Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Convenção sobre os Direitos da Criança 1989, UNICEF. Acedido em 14/01/2014 Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Council of Europe (2006). *Recommendation Rec (2006) 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Acedido a 23/04/2014. Disponível em: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>

Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(12), 2561-2573. Acedido 12/01/2014. /Medline with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21771044&lang=pt-br&site=ehost-live>

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part II). *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 46 (1), 58-68. Acedido a 24/01/2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005046452&lang=pt-br&site=ehost-live>

Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2012). Acedido em 07/02/2014. Disponível em: <http://www.saude mental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia/documento-tecnico-de-suporte-a-rede-de-referenciacao-hospitalar-de-psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia/>

Dodge, K., Goodman, W., Murphy, R., O'Donnell, K., Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American Journal Of Public Health*, 104 Suppl 1S136-S143. Acedido a 13/04/2014. DOI:10.2105/AJPH.2013.301361

Espezel, H., & Canam, C. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal Of Advanced Nursing*, 44 (1), 34-41. Acedido 19/03/2014. DOI:10.1046/j.1365-2648.2003.02765.x

Galinha, I. & Pais R. J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 203-214. Acedido 04/02/2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36260208>

Gaspardo, C. M.; Linhares, M. B. M. & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, vol.81, n.6, pp. 435-442. Acedido 01/02/2014. DOI.org/10.2223/JPED.1417.

Guerra, N. (2011). *GESTÃO EM ENFERMAGEM: “Assumimos a inovação e a sustentabilidade”*. Consultado em 23/03/2014. Disponível em: <http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-assumimos>

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: repensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Lei nº. 147/99 de 1 de setembro (2009). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Diário da República I- Série – A, nº 204 (1/9/1999) 6116-6132.

Matos, A. C. (2003). *Mais Amor - Menos Doença. A Psicossomática Revista*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Moreira, M., Lopes, J. M. A & Caralho, M., (2004). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Acedido 01/02/2014. SciELO Books <http://books.scielo.org>
- Muzik, M., Bocknek, E., Broderick, A., Richardson, P., Rosenblum, K., Thelen, K., & Seng, J. (2013). Mother-infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Archives Of Women's Mental Health*, 16 (1), 29-38. Acedido a 23/04/2014. MEDLINE with Full Text. **DOI**:10.1007/s00737-012-0312-0
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Edição), East Norwalk: Appleton&Lange.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª Edição), Estados Unidos da América: Pearson.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice*. (5ª Edição), St. Louis : Mosby.
- Person, M., Craig, J. V. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem In Craig, J. V., Smyth, R. L. *Prática baseada na evidência em enfermagem manual para enfermeiros* (M. J. Sampaio, Trad.). (pp. 3-21). Loures: Lusociência. (The evidence-based practice manual for nurses, 2002, Elsevier Science limited).
- Pimentel, J. S., Gronita, J., Matos, C., Bernardo, A.C., Marques, J. D. (sd). *E quando atendemos crianças diferentes*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pimentel, J. S., Gronita, J., Matos, C., Bernardo, A.C., Marques, J. D. (sd). *Os nossos filhos são diferentes*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Reedtz, C., Handegård, B., & Mørch, W. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 52 (2), 131-137. Acedido a 05/02/2014. MEDLINE with Full Text. **DOI**:10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos enfermeiros. (2011).

- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 2.ª série N.º 35 (2011). 8648-8653
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 2.ª série N.º 35 (2011). 8653-8655
- Reis, G. M. R. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Seguro, M. I., Costa, M. J. M. C., Pimenta, M. M. ... Anjos, O. M. Q. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rueger, S., Katz, R., Risser, H., & Lovejoy, M. (2011). Relations Between Parental Affect and Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review. *Parenting: Science & Practice*, 11 (1), 1-33. Acedido a 27/03/2014. CINAHL Plus with Full Text. DOI:10.1080/15295192.2011.539503
- Shields L., Pratt J. & Hunter J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal Of Clinical Nursing*, 15 (10), 1317-1323. Acedido 12/01/2014. Medline with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16968436&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Tamez, R. N. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª edição), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2001). The Practise of Nursing in Multiperson Situation, Family and Community. In L. Wilson (Ed), C. S. Weis (Coord). *Nursing: concepts of practice*. (pp. 394-433). St. Louis: Mosby.
- Tomlinson, P., S., Anderson, K., H. (1995). Family health and the Neuman Systems Model. In D. P. Carroll, E. C. Rayn (Eds). *The Neuman Systems Model* (pp. 133-144). East Norwalk: Appleton&Lange.

- Vilar, D. (2014). *À conversa sobre as famílias: evolução do conceito e das dinâmicas desde os anos 60*. In *V Congresso Internacional de psicologia da criança e do adolescente*, Lisboa.
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (J. Eanes, Trad.). Loures: Lusociência. (Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing, 1999, Jones and Bartlett Publishers).
- Wright, L. M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (S. Spada, Trad.). (5ª Edição). São Paulo: Roca. (Tradução do original inglês Nurses and Families – A Guide to Family Assessment and intervention, Fifth ed., 2010, F.A. Davis Company).

APENDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

[illegible]

			13ª Sem	14ª Sem	15ª Sem	16ª Sem	17ª Sem	18ª Sem	19ª Sem	20ª Sem
	07-Abr	14-Abr	21-Abr	28-Abr	05-Mai	12-Mai	19-Mai	26-Mai	02-Jun	09-Jun
	13-Abr	20-Abr	27-Abr	04-Mai	11-Mai	18-Mai	25-Mai	01-Jun	08-Jun	15-Jun
Revisão bibliográfica	Férias da Páscoa									
CPCJ (Cascais e Oeiras) e NACJR (Oeiras e HSM)										
Unidade da Primeira Infância (HDE)										
Consulta de Pediatria (HSFX)										
Neonatologia (HSFX)										
Pediatria (HSFX)										
Urgência Pediátrica (HSFX)				R						
Consulta de Saúde Infantil (UCSP Alcântara)							R			
Reflexão e Síntese de experiências (R)										
Preparação do relatório final										

**APENDICE II - ADAPTAÇÃO INDIVIDUAL DO MODELO TEÓRICO
DE BETTY NEUMAN**



MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

Resumo da pesquisa bibliográfica

Ana Luisa Mendes da Silva

Orientado por: Maria Manuela Soveral

2014

O modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistema aberto. Neuman descreve a adaptação como um processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente, por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida é caracterizada por este efeito recíproco, contínuo de equilíbrio e desequilíbrio do organismo. Quando o processo de estabilização falha nalgum ponto ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por muito tempo, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença. Quando a doença, enquanto processo compensatório falha completamente, o organismo pode morrer.

Neuman utiliza a definição de stress de Selye, que é a resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito. O stress aumenta a necessidade de reajustamento. Esta necessidade é não-específica, requer a adaptação ao problema, seja qual for a natureza do mesmo. Consequentemente, a essência do stress é a necessidade não-específica de atividade. Os stressores são os estímulos produtores de tensão que resultam em stress, os quais podem ser positivos ou negativos.

Este modelo é um modelo holístico, que se adapta facilmente às mudanças na prestação de cuidados e aumenta a colaboração interdisciplinar.

“A tarefa básica da enfermagem, ao utilizar a perspectiva holística, é o estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem” (Neuman, 1995, pág. 10).

A perspectiva holística contém conceitos filosóficos e biológicos, implicando relações e processos resultantes da integridade, liberdade dinâmica e criatividade na adaptação ao stressor, no ambiente interno e externo. O uso de um modelo holístico para promover e proteger o bem-estar do cliente, pressupõe o conhecimento e análise, das inter-relações entre as partes do sistema, para definir as ações de enfermagem.

Os conceitos de entropia e negentropia descrevem a ação do fluxo de energia do sistema. A entropia é um processo de esgotamento de energia, pela desorganização gradual, que desloca o sistema no sentido da doença. A negentropia é um processo de absorção de energia para aumentar a sua organização, complexidade e desenvolvimento, uma vez que se

move em direção a um estado de equilíbrio ou de bem-estar. A enfermagem atua na conservação da energia, de forma a impedir o movimento em direção à entropia (doença), facilitando o movimento de negentropia (bem-estar).

O cliente é um sistema aberto caracterizado por ciclos de *input* processado e *output*, como *feed-back* para futuros *inputs*, criando um padrão organizado dentro do sistema.

PRINCIPAIS PROSSUPOSTOS

Nos principais pressupostos são definidos os conceitos de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente.

Enfermagem

Neuman (1995, pág. 46) define a enfermagem como uma “Profissão única na medida em que se preocupa com todas as variáveis que afetam o cliente no seu ambiente”.

Pessoa

O conceito de pessoa é apresentado enquanto cliente/sistema cliente que pode ser o indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O sistema cliente é visto como estando em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente.

Saúde

Betty Neuman no seu modelo de bem-estar vê a saúde como um estado dinâmico entre o bem-estar e mal-estar, implicando um fluxo contínuo de energia entre o cliente e o ambiente, onde este lida adequadamente com stressores para reter, obter, ou manter um nível ótimo de saúde (Neuman, Fawcett, 2011). O bem-estar ou a estabilidade ótima indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. Um reduzido estado de bem-estar é o resultado da não satisfação das necessidades do sistema. O cliente encontra-se numa dinâmica quer de bem-estar, quer de mal-estar, em diferentes graus, numa qualquer altura (Neuman, 1995).

Ambiente

O ambiente e a pessoa são identificados como os fenômenos básicos do modelo, sendo a relação entre o ambiente e a pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o cliente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema.

Neuman identificou três ambientes relevantes: interno, externo e criado. O ambiente interno é intrapessoal, com toda a interação contida no cliente. O ambiente externo é interpessoal ou extrapessoal com todas as interações que ocorrem fora do cliente. O ambiente criado é inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para sustentar o coping protetor. É de natureza dinâmica e mobiliza todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça de stressores ambientais, mudando-se a si próprio ou à situação. São exemplos do uso da negação (variável psicológica), rigidez física ou contratura muscular (variável fisiológica), a continuação do ciclo de vida dos padrões de sobrevivência (variável desenvolvimento), solicitação de espaço social (variável sociocultural), e manutenção da esperança (variável espiritual). O ambiente criado influencia e é perpetuamente influenciado pelas alterações do estado de bem-estar do cliente (Neuman, 1995).

De acordo com Neuman (1995, pág. 20) os pressupostos anteriormente apresentados relacionam-se de acordo com os seguintes postulados:

1. Cada cliente individual ou grupo, enquanto sistema cliente, é único. Cada sistema é composto por fatores comuns conhecidos ou características inatas dentro de uma determinada variedade de resposta normal contida numa estrutura básica.
2. Existem stressores conhecidos e desconhecidos e universais. Cada um difere do seu potencial para perturbar o nível de estabilidade habitual ou a linha de defesa normal do cliente. As inter-relações específicas das variáveis do cliente – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento – podem afetar, em qualquer altura, o nível até ao qual o cliente está protegido

pela linha de defesa flexível contra possíveis reações a um único stressor ou uma combinação de stressores.

3. Cada cliente individual/sistema cliente desenvolve uma variedade normal de respostas ao ambiente referida como linha de defesa normal ou habitual situação de bem-estar/estabilidade. A linha de defesa normal pode ser usada como padrão a partir do qual se mede o desvio de saúde.
4. Quando o efeito de amortecedor, ou de acordeão, da linha de defesa flexível deixa de ser capaz de proteger o cliente/sistema cliente de um stressor ambiental, o stressor quebra a linha de defesa normal. As inter-relações das variáveis – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento – determinam a natureza e o grau da reação do sistema ou possível reação ao stressor.
5. O cliente seja uma situação de bem-estar ou de mal-estar, é um composto dinâmico das inter-relações das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento). O bem-estar está num contínuo de energia, disponível para sustentar o sistema num estado ótimo de estabilidade do sistema.
6. Implícitos em cada sistema cliente estão os fatores de resistência internos, conhecidos por linhas de resistência, que funcionam para estabilizar e desenvolver o cliente ao habitual estado de bem-estar (linha de defesa normal) ou, se possível, a um nível de estabilidade mais elevado após a uma reação ambiental ao stressor.
7. A prevenção primária diz respeito ao conhecimento geral que se aplica na avaliação e intervenção do cliente na identificação e redução ou mitigação de fatores de risco possíveis ou reais associados a stressores ambientais para impedir uma possível reação. O objetivo de promoção de saúde está incluído na prevenção primária.
8. A prevenção secundária diz respeito à sintomatologia após uma reação a stressores, ao nível apropriado de prioridades de intervenção e tratamento para reduzir os seus efeitos nocivos.

9. A prevenção terciária diz respeito ao processo de ajustamento a ter lugar logo que se inicia a reconstituição, fortalecendo a resistência ao stressor, de forma a prevenir o reaparecimento da reação ou a regressão., reconduzindo à prevenção primária.
10. Enquanto sistema, o cliente está em constante e dinâmica troca de energia com o ambiente.

ESTRUTURA DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O sistema cliente é representado por círculos à volta de uma estrutura básica. A estrutura básica ou núcleo consiste em fatores básicos de sobrevivência comuns às espécies, tal como as características inatas ou genéticas. O círculo interior do diagrama representa os fatores básicos de sobrevivência ou os recursos de energia do cliente.

As linhas circulares (flexível, normal e resistência) funcionam como mecanismos de proteção da estrutura básica, preservando a integridade do sistema.

A linha tracejada do modelo designa-se por linha de defesa flexível, a qual é dinâmica e pode ser alterada a qualquer momento, funciona como proteção para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar (linha de defesa normal). Contém elementos protetores das cinco variáveis, em que a relação entre as mesmas pode afetar a capacidade do indivíduo utilizar a linha de defesa flexível contra um possível stress.

A linha normal de defesa é a linha sólida do modelo, representa o estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para identificar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como, os padrões normais de “coping” do cliente, estilos de vida, estágio de desenvolvimento.

As linhas de resistência são as linhas tracejadas que circundam a estrutura nuclear básica, representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor (ex. sistema imunitário).

Existe uma relação interativa entre as linhas de defesa e as de resistência e, cada uma individualmente contém as cinco variáveis do sistema as quais protegem a sua componente do sistema.

Stressores são estímulos ou forças de tensão que ocorrem no ambiente interno ou externo aos limites do sistema cliente. O stressor pode ter um resultado positivo ou negativo, o qual depende da percepção do cliente e da natureza do mesmo. Os stressores são classificados em intrapessoal (ocorrem dentro dos limites do sistema cliente, como as respostas condicionadas), interpessoal (ocorrem fora do limite do sistema cliente, mas estão próximos do sistema, ocorre entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função) e extrapessoal (ocorrem fora dos limites do sistema cliente estando a uma distância maior do que os interpessoais, como as circunstâncias financeiras do país) (Neuman, Fawcett, 2011).

O mesmo stressor pode causar uma reação com aparecimento de sintomas ou pode influenciar a reconstituição após o tratamento dos sintomas. O grau de reação é a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar ao(s) stressor(es). O momento em que ocorre o stressor, as condições passadas e presentes do sistema cliente, a natureza e intensidade do stressor, e a quantidade de energia necessária para o cliente ajustar são questões importantes a ter em conta.

As intervenções de enfermagem visam a estabilidade do sistema cliente, através da avaliação dos efeitos ou possíveis efeitos dos stressores ambientais, assistindo o cliente a obter um nível ótimo de saúde. O nível ótimo de saúde significa o melhor estado de saúde alcançado num determinado momento (Neuman e Fawcett, 2011, pág. 25). As intervenções de enfermagem são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Podem ocorrer antes ou depois das linhas protetoras de defesa e resistência serem penetradas nas fases de reação e de reconstituição. As intervenções baseiam-se num possível ou real grau de reação, recursos, objetivos e no resultado antecipado. Neuman identifica três níveis de intervenções: prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária é utilizada como retenção de bem-estar, protegendo o sistema cliente através do reforço da linha de defesa flexível. O objetivo é promover o bem-estar do cliente através da prevenção de stresse e reduzindo os fatores de risco. Este nível de intervenção inclui diferentes estratégias de promoção da saúde. Esta intervenção ocorre quando o risco ou perigo é identificado, mas antes que ocorra uma reação. Segundo

Neuman, a prevenção primária deve ocorrer em simultâneo com a prevenção secundária e terciária.

Exemplo de ações educativas sobre:

- Posição de dormir do recém – nascido para diminuir o risco de morte súbita
- Socialização da criança
- Escolha de brinquedos adequados para promover o desenvolvimento infantil
- Prevenção de acidentes rodoviários e outros
- Administração de vacinas

A prevenção secundária ocorre quando a prevenção primária não ocorreu ou foi mal sucedida e surge a reação ao stressor com aparecimento de sintomas. A prevenção secundária é utilizada para fortalecer a estrutura básica com fortalecimento das linhas de resistência. O objetivo é tratar os sintomas para atingir o ótimo equilíbrio do sistema e bem-estar. O tratamento pode ser iniciado em qualquer momento após o aparecimento dos sintomas. Deverão ser utilizados os recursos internos e externos do cliente para recuperar a estabilidade do sistema, fortalecendo as linhas internas de resistência, reduzindo a reação ao stressor e aumentando os fatores de resistência. Se a prevenção secundária é mal sucedida e a reconstituição não ocorre, a estrutura básica não será capaz de suportar o sistema e as intervenções realizadas sobre o mesmo, a morte ocorrerá.

Exemplo de intervenções:

- Realização de colheitas
- Monitorização de sinais vitais
- Utilização de medidas não farmacológicas
- Cuidados de higiene e alimentação
- Prestar apoio aos pais
- Incentivar o envolvimento dos pais aplicando medidas de conforto à criança

A prevenção terciária ocorre após a prevenção secundária com um período de reconstituição ou adaptação. A reconstituição representa o retorno à estabilidade do sistema. É o estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo, podendo começar em qualquer grau ou nível de reação e podendo avançar ou estabilizar abaixo ou acima do nível anterior de bem-estar.

A sua finalidade é manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema cliente através do apoio a forças existentes e continuar a preservar energia. A prevenção terciária pode começar em qualquer momento após a estabilidade do sistema ter começado a ser restabelecida. A reconstituição nesta fase depende da capacidade do cliente, para mobilizar recursos, para prevenir futuras reações a stressores ou regressões. A prevenção terciária tende conduzir, de forma circular, para a prevenção primária (Neuman, Fawcett, 2011).

Exemplo de intervenções:

- Reabilitação
- Cuidados domiciliários a traqueostomia e manutenção de ventilação
- Campos de férias para diabéticos
- Realização de sessões de suporte/apoio em instituições de acolhimento de crianças vítimas de maus tratos
- Utilizar medidas não farmacológicas para diminuir o stress
- Reforçar a autoestima do adolescente

BIBLIOGRAFIA

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Edição), East Norwalk: Appleton&Lange.

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª Edição), Estados Unidos da América: Pearson.

APENDICE III – PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL



PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL

Resumo da pesquisa bibliográfica

Ana Luisa Mendes da Silva

Orientado por: Maria Manuela Soveral

2014

Índice

INTRODUÇÃO.....	5
1. DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE	7
2. CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL.....	15
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	17
4. AVALIAÇÃO, TRIAGEM E REFERENCIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL.....	23
BIBLIOGRAFIA	27

Índice de tabelas

Tabela 1- Fatores de risco para o aparecimento de perturbações do desenvolvimento psíquico	17
Tabela 2 - Avaliação diagnóstica.....	23
Tabela 3 – Avaliação da saúde mental na criança e no jovem.....	25
Tabela 4 - Sintomas normais e patológicos.....	25
Tabela 5 - Sinais de alerta para referência.....	26

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental da Infância e da Adolescência resultam de uma interação complexa entre a criança/ o adolescente, a família e o meio sociocultural em que estão inseridos. As perturbações psiquiátricas da Infância e da Adolescência trazem grandes encargos à sociedade. Algumas delas são específicas de determinadas fases do desenvolvimento.

É fundamental que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria conheça as características que se verificam em cada fase do desenvolvimento, para assim compreender a criança e quais os comportamentos que pode esperar dela, tendo o objetivo primordial de a ajudar a cumprir o seu próprio percurso de desenvolvimento, de modo a tornar-se um adulto saudável. O conhecimento da variável psicológica do sistema cliente inclui o conhecimento de comportamentos saudáveis, comportamentos regressivos, reações a eventos traumáticos, mecanismos de “coping” utilizados anteriormente, utilização de objetos significativos de segurança, a importância das outras pessoas e a reação a estímulos e a estranhos (Neuman, Fawcett, 2011).

Segundo o Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2012), as perturbações mentais são presentemente o principal problema de saúde pública na Europa, e um dos principais em todo o mundo, para todos os grupos etários. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Esta estimativa é confirmada pelos dados da OMS - Região Europeia e da Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica.

O presente documento resultado da pesquisa bibliográfica realizada sobre o conceito de desenvolvimento da personalidade, saúde mental e doença mental, avaliação, triagem e referência em saúde mental infantil e juvenil.

1. DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

A American Psychiatric Association (APA, 2000), citado por Townsend (2011, Pág. 32) define traços da personalidade como “padrões estáveis de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e sobre si próprio que são demonstrados através de uma vasta gama de contextos sociais e pessoais”.

O desenvolvimento infantil está associado a estádios identificados pela idade, pelos quais o indivíduo passa, com comportamentos associados, passíveis de ser avaliados como apropriados ou não para a idade.

O cumprimento das tarefas relacionadas com o estágio de desenvolvimento está dependente de:

- Temperamento, ou características inatas da personalidade que influenciam o modo como o indivíduo reage ao ambiente;
- Ambiente, indivíduos criados num sistema familiar disfuncional, têm um desenvolvimento retardado do ego.

Segundo Townsend (2011), os comportamentos de um estágio de desenvolvimento completado sem sucesso podem ser modificados e corrigidos em estádios posteriores.

Existem duas teorias que explicam o desenvolvimento da personalidade: a teoria do desenvolvimento psicossexual de Freud e a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson.

Segundo Freud, todo o comportamento humano é movido por três componentes da personalidade: o id (mente inconsciente), o ego (mente consciente) e o Superego (consciência); e considera os instintos sexuais como significativos no desenvolvimento da personalidade.

O id é o locus das pulsões instintivas, o princípio do prazer. Está presente na altura do nascimento, dota a criança com pulsões instintivas que procuram satisfazer necessidades e obter gratificação imediata. Os comportamentos impulsionados pelo id são impulsivos e podem ser irracionais (Townsend, 2011).

O ego começa a desenvolver-se entre os 4 e os 6 meses de idade, experienciando a realidade do mundo exterior, adaptando-se a ele e respondendo aos seus estímulos. Conforme o ego se desenvolve e ganha força, procura trazer as influências do mundo externo e fazê-las incidir sobre o id. Uma das funções primárias do ego é a de mediador, ou seja, mantém a harmonia entre o mundo externo, o id e o superego (*Ibid*, 2011).

O superego é identificado como o princípio da perfeição, desenvolve-se entre os 3 e os 6 anos, internaliza os valores e a moral, transmitidos pelos cuidadores principais. Derivado de um sistema de recompensa e castigo, o superego é composto por duas componentes principais: o ego ideal e a consciência. Quando uma criança é consistentemente recompensada pelo bom comportamento, a autoestima aumenta e o comportamento torna-se parte do ego ideal, é incorporado como parte do sistema de valores. A consciência do mal é formada quando a criança é consistentemente castigada por mau comportamento. O superego é importante na socialização do indivíduo porque assiste o ego no controle dos impulsos do id. Quando o superego se torna muito rígido e punitivo, surgem problemas de autoestima (*Ibid*, 2011).

Freud define cinco fases de desenvolvimento:

- Fase oral (0-18 meses) durante esta fase, o comportamento é dirigido pelo id, e o objectivo é a gratificação imediata das necessidades. A principal fonte de busca de prazer está centralizada na cavidade oral, pelo que se observam atividades orais (chupar, mastigar, morder). A criança tem um sentimento de apego e não consegue diferenciar-se a si própria da pessoa que presta os cuidados maternos. Devido à falta de diferenciação, um sentimento de ansiedade vivido pela mãe pode ser transmitido à criança, deixando-a vulnerável a sentimentos idênticos de insegurança. Com o início do desenvolvimento do ego entre os 4 e os 6 meses, a criança começa a ver-se a si mesma separada da figura materna. Os sentimentos de segurança e capacidade de confiar nos outros, deriva da gratificação da realização das necessidades básicas (*Ibid*, 2011);
- Fase anal (18 meses-3 anos): o interesse centraliza-se na região anal à medida que os músculos do esfíncter se desenvolvem e a criança é capaz de reter ou não as fezes, conforme quer ou não agradar à mãe/cuidador. Segundo Freud, a maneira como os pais e cuidadores introduzem a tarefa de ir à casa de banho pode ter um efeito a longo

prazo na criança nos seus valores e características da personalidade. Quando esta tarefa é severa e rígida, a criança pode optar por reter as fezes e ficar obstipada. Os traços da personalidade dos adultos sujeitos a este tipo de treino incluem a teimosia, mesquinhez e avareza. Uma reação alternativa ao treino severo é o facto da criança pode expelir fezes de maneira inaceitável ou em alturas menos próprias. Os efeitos a longo prazo deste tipo de padrão de comportamento incluem a malevolência, crueldade para com os outros, instinto destrutivo, desorganização e desmazelo. Quando o treino é mais permissivo, e aceitador, em que há reforço positivo, transmite um sentimento de importância e desejo de produzir fezes. A criança torna-se extrovertida, produtiva e altruísta. (*Ibid*, 2011);

- Fase fálica (3-6 anos): o interesse localiza-se nos genitais e a criança reconhece as diferenças entre gêneros. Este interesse pode manifestar-se em autoexploração sexual ou exploração em grupo durante as brincadeiras. Freud descreve o desenvolvimento do complexo de Édipo nos rapazes e o complexo de Electra nas raparigas, como o desejo inconsciente de eliminar o pai do mesmo sexo e de possuir o pai do sexo oposto ao dele. Da emergência do superego durante estes anos resultam sentimentos de culpa. A resolução deste conflito interno ocorre quando a criança desenvolve uma forte identificação com o pai do mesmo sexo e as atitudes, crenças e sistemas de valores desse pai são subsumidos pela criança. (*Ibid*, 2011);
- Fase de latência (6-12 anos): durante esta fase a criança elabora sobre as características e habilidades previamente adquiridas, a sexualidade não está ausente mas permanece impercetível aos outros. O egocentrismo dá lugar ao interesse nas atividades em grupo, sendo a preferência por crianças do mesmo sexo;
- Fase genital (a partir 12 anos): o desenvolvimento dos órgãos genitais desperta o impulso libidinal, tornando-se a principal fonte de tensão e prazer sexual. O desenvolvimento da maturidade sexual evolui da auto-gratificação para comportamentos ditos aceitáveis pelas normas sociais. Nesta fase o jovem focaliza-se nas relações com membros do sexo oposto e na escolha de um companheiro (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, o crescimento psicológico ocorre através de estádios, não ocorre ao acaso e depende da interação da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estádio é atravessado por uma crise psicossocial que possui

duas componentes, os aspetos favoráveis e os aspetos desfavoráveis. O progresso para o próximo estágio depende da resolução desta crise. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estágios irá influenciar a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida.

Erickson define cinco estágios durante a infância:

- *Confiança versus desconfiança* (0-18 meses) a criança adquire ou não uma segurança e confiança em relação a si próprio e em relação ao mundo que a rodeia, através da relação que tem com a mãe. O desenvolvimento da confiança básica resulta na autoconfiança, otimismo, convicção na gratificação de necessidades e desejos, e esperança no futuro. A criança aprende a confiar quando as necessidades são satisfeitas de forma consistente. A não realização resulta em insatisfação emocional para o próprio e para com os outros, desconfiança e dificuldade com as relações interpessoais. O desenvolvimento da confiança básica não se desenvolve quando os cuidadores primários falham na resposta aos sinais de angústia da criança com prontidão e consistentemente (Townsend, 2011);
- *Autonomia versus vergonha* (18 meses-3 anos) é caracterizada por uma contradição entre a vontade própria e as regras sociais, que a criança tem que começar a integrar. O desenvolvimento da autonomia é centrada na habilidade crescente da criança de controlar o seu corpo, a si mesmo e o seu ambiente. A autonomia resulta num sentido de autocontrolo e na capacidade de atrasar a gratificação e num sentimento de autoconfiança na capacidade de agir de cada um. A autonomia é alcançada quando os pais encorajam e proporcionam oportunidades para atividades independentes. O não desenvolvimento da autonomia resulta na falta de autoconfiança, falta de orgulho na capacidade de agir, sentido de ser controlado pelos outros e raiva contra si próprio. Isto deve-se ao facto dos cuidadores primários limitarem os comportamentos independentes, tanto física como verbalmente, ou condenam a criança ao fracasso com expectativas pouco realistas (*Ibid*, 2011);
- *Iniciativa versus culpa* (3-6 anos) é caracterizado pelo comportamento vigoroso, intensivo, pelo empreendimento e por uma forte imaginação. Ao explorar o mundo físico desenvolve uma consciência e, ao sentir-se responsável por uma atividade que a coloca em conflito com os pais assume um sentimento de culpa. O desenvolvimento da iniciativa resulta na capacidade de exercer os limites e autocontrolo de

comportamentos sociais inapropriados. A assertividade e a confiança aumentam e a criança aprecia a aprendizagem e a realização pessoal. Alcança a iniciativa quando a criatividade é encorajada e o desempenho é reconhecido e positivamente reforçado. O oposto resulta em sentimentos de inadequação e sentido de derrota. A culpa é experienciada num grau excessivo, ao ponto de aceitar a responsabilidade em situações pelas quais não é responsável. A criança pode ver-se como má e merecedora de castigo. A iniciativa continua por cumprir quando a criatividade é oprimida e os pais esperam constantemente um nível mais alto de alcance do que aquele que a criança produz (*Ibid*, 2011);

- Esforço *versus* inferioridade (6-12) após ter alcançado os estádios mais importantes para o desenvolvimento da personalidade, está agora pronta para produzir e trabalhar. A resolução positiva dos anteriores tem especial relevância: sem confiança, autonomia e iniciativa, a criança não poderá afirmar-se nem sentir-se capaz de atingir os padrões definidos pelos outros. O esforço é alcançado quando é dado encorajamento a atividades e responsabilidades na escola e comunidade, assim como em casa, e quando é dado reconhecimento por feitos alcançados. Resulta num sentido de satisfação e prazer na interação e envolvimento com os outros. A inferioridade resulta em dificuldade nas relações interpessoais devido a sentimentos de inadequação pessoal. O indivíduo não consegue cooperar e comprometer-se com outros em atividades de grupo nem consegue resolver problemas e completar tarefas com sucesso. Pode tornar-se pacífico e calmo ou demasiado agressivo para esconder sentimentos de inadequação. A inferioridade mantém-se quando os pais determinam expectativas pouco realistas para a criança, quando a disciplina é rigorosa e tende a prejudicar a autoestima, e quando os feitos alcançados recebem consistentemente comentários negativos (*Ibid*, 2011);
- Identidade *versus* confusão de papéis (12-18 anos) o desenvolvimento da identidade resulta num sentido de confiança e estabilidade emocional, e uma visão do próprio como indivíduo único. Os compromissos são feitos para com um sistema de valores, para com a escolha de uma carreira e para com as relações com os membros de ambos os géneros. A identidade alcança-se quando os adolescentes são autorizados a experienciar a independência ao tomar decisões que influenciam as suas vidas. A confusão de papéis resulta num sentimento de autoconsciência, dúvida e confusão sobre o papel do indivíduo na vida. Os valores pessoais ou objetivos para a vida estão

ausentes. Os compromissos para com os outros são inexistentes, superficiais e breves. A falta de autoconfiança é muitas vezes expressa através de comportamentos delinquentes e rebeldes (*Ibid*, 2011).

Segundo Townsend (2011), o desenvolvimento das relações é explicado por Sullivan, segundo o qual o comportamento individual e o desenvolvimento da personalidade são o resultado direto das relações interpessoais. Os principais conceitos de Sullivan incluem a ansiedade, a satisfação das necessidades, a segurança interpessoal, a autoestima, o “eu bom”, o “eu mau” e o “não eu”. Ansiedade é um sentimento de desconforto emocional e todo o comportamento tem como objetivo o alívio ou a prevenção da mesma. Surge da incapacidade de um indivíduo de satisfazer necessidades de alcançar segurança interpessoal. Satisfação das necessidades é o cumprimento de todos os requisitos associados com o ambiente físico-químico do indivíduo. Segurança interpessoal é o sentimento associado com o alívio da ansiedade, quando todas as necessidades foram satisfeitas, o indivíduo sente um bem-estar total. O “eu bom” é a parte da personalidade que se desenvolve em resposta ao *feedback* positivo do cuidador primário. São experienciados sentimentos de prazer, contentamento e gratificação. O “eu mau” é a parte da personalidade que se desenvolve em resposta ao *feedback* negativo do cuidador primário. São experienciados sentimentos de ansiedade, dando origem a sentimentos de desconforto, desagrado e agustia. A criança aprende a evitar esses sentimentos negativos alterando os seus comportamentos. O “não eu” é a parte da personalidade que se desenvolve em resposta a situações que produzem ansiedade intensa na criança. São experienciados sentimentos de horror, temor, medo e aversão em resposta a estas situações, levando a criança a negar estes sentimentos, numa tentativa de aliviar a ansiedade.

Sullivan define seis estádios de desenvolvimento da personalidade:

- Primeira Infância (0-18 meses) a principal tarefa de desenvolvimento para a criança é a gratificação das necessidades, realizado através de atividades associadas com a boca (chorar, mamar, e chuchar o dedo) (Townsend, 2011);
- Infância (18 meses- 6 anos) a criança aprende que a interferência com a realização dos desejos e anseios podem resultar no atraso da gratificação. A criança aprende a aceitar isto e a sentir-se confortável com a situação, reconhecendo que o atraso na gratificação resulta frequentemente na aprovação parental, um tipo de recompensa mais duradoura.

As ferramentas neste estágio incluem a boca, o ânus, a linguagem, a experimentação, manipulação e identificação (Townsend, 2011);

- Juvenil (6 a 9 anos) a principal tarefa é a formação de relações satisfatórias com os grupos de pares. Isto é utilizado através de utilização de competição, cooperação e compromisso (Townsend, 2011);
- Pré-adolescência (9-12 anos), as tarefas focam-se no desenvolvimento de relações com pessoas do mesmo sexo. A capacidade do indivíduo de colaborar e mostrar amor e afeição por outra pessoa tem início neste estágio (Townsend, 2011);
- Adolescência inicial (12-14 anos) durante este estágio a criança está a lutar com o desenvolvimento de um sentido de identidade que é separado e independente dos pais. A principal tarefa é a formação de relações satisfatórias com membros do sexo oposto (Townsend, 2011);
- Adolescência final (14-21 anos) é caracterizada por tarefas associadas com a tentativa de alcançar independência dentro da sociedade e com a formação de uma relação duradoura e íntima com um indivíduo do sexo oposto (Townsend, 2011).

2. CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL

A American Psychiatric Association (APA, 2003), citado por Townsend (2011, Pág. 15), definiu saúde mental “estado que é relativo em vez de absoluto. O desempenho com sucesso das funções mentais demonstrado por atividades produtivas, relações satisfatórias com outras pessoas e a capacidade de se adaptar à mudança e de lidar com adversidade”.

Segundo Townsend (2011, Pág. 15) “a saúde mental é vista como a adaptação bem sucedida aos agentes de stress do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais”.

A American Psychiatric Association (APA, 2000), citado por Townsend (2011, Pág. 16), definiu doença mental ou perturbação mental como

“uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre numa pessoa e que está associado com uma angústia existente (um sintoma doloroso) ou incapacidade (prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento), ou com o aumento significativo do risco de morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade ... e que não é apenas uma resposta expectável ou culturalmente sancionável a um acontecimento em particular (morte de um ente querido)”.

Segundo Townsend (2011, Pág. 16)

“a doença mental é caracterizada por respostas mal adaptativas aos agentes agente de stress do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico do individuo”

A resposta do individuo às situações de stress é influenciada pela sua percepção do evento e por uma variedade de fatores predisponentes como a hereditariedade, temperamento, padrões de resposta aprendidos, maturidade de desenvolvimento, estratégias de coping existentes e sistemas de apoio de pessoas que se preocupam.

A ansiedade é uma das principais respostas primárias psicológica ao stress. Níveis baixos de ansiedade são adaptativos e podem fornecer a motivação requerida para sobreviver. Esta torna-se problemática quando o individuo não consegue prevenir que esta se eleve a um nível que interfere com a capacidade de satisfazer as necessidades básicas. Segundo Townsend (2011) Peplau identificou quatro níveis de ansiedade: ligeira, moderada, grave e pânico.

Na ansiedade ligeira o individuo utiliza mecanismos de coping que satisfaçam a sua necessidade de conforto (dormir, comer, fumar, balançar o pé, chorar, roer as unhas), raramente é um problema para o individuo. Aumenta a motivação para a produtividade, aumenta o campo percetivo e resulta numa consciência elevada do ambiente.

Na ansiedade moderada há um aumento da agitação, com dificuldade de atenção e concentração, pode levar a um grau de incapacidade nas relações interpessoais.

Na ansiedade grave o campo percetivo diminui, o individuo está menos alerta para os eventos que ocorrem no meio o campo percetivo está tão diminuído que a concentração é centrada num detalhe em particular ou em muitos detalhes irrelevantes. A atenção está extremamente limitada e o individuo tem dificuldade em terminar tarefas simples. Há uma incapacidade de se concentrar ou de resolver problemas, podem surgir dores de cabeça, náuseas, tremores, insónias e sentimentos de pavor.

O pânico é o estado mais intenso da ansiedade, caracterizada por terror, sensação de morte eminente, alucinações e delírio. O individuo não consegue focar-se em nenhum detalhe do ambiente. As más interpretações são frequentes e pode ocorrer uma perda de contacto com a realidade.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Os primeiros anos de vida da criança são caracterizados pela plasticidade do funcionamento psíquico, porém a prevenção precoce não previne o aparecimento de perturbações do desenvolvimento psíquico. Os conflitos psíquicos fazem parte do desenvolvimento do pensamento, enquanto mantêm uma intensidade moderada. A não satisfação imediata das pulsões é condição necessária para o desenvolvimento do pensamento. O desenvolvimento motor e o desenvolvimento psíquico estão na origem de situações vivenciadas pela criança, que induzem novas tensões e conflitos psíquicos. A capacidade de andar aumenta a capacidade da criança de separar da mãe, o que leva a uma nova situação relacional. Algumas crianças têm uma maior vulnerabilidade à influência desorganizante que os conflitos e as tensões têm sobre a sua saúde mental (Mazet e Stoleru, 2003).

A prevenção das perturbações do desenvolvimento psíquico da criança passa pela identificação de fatores de risco. Na tabela 1 são apresentados alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbação na primeira infância.

Período pré-natal	<ul style="list-style-type: none">• Deficiência física da mãe;• Antecedentes psiquiátricos maternos;• Gravidezes anteriores não vigiadas;• Mãe adolescente;• Isolamento social;• Rotura no relacionamento com o pai do bebé.
Período perinatal	<ul style="list-style-type: none">• Parto prematuro;• Desenvolvimento de psicose puerperal;• Internamento prolongado na maternidade por fatores sociais ou internamento do bebé numa unidade de cuidados especiais.
Período pós-natal	<ul style="list-style-type: none">• Depressão pós-parto severa e prolongada;• Existência de défice sensorial da criança;• Existência de doença somática repetida na criança;• Condições socioeconómicas muito desfavoráveis.

Tabela 1- Fatores de risco para o aparecimento de perturbações do desenvolvimento psíquico

Fonte: Mazet e Stoleru (2003)

Para apoiar e promover o bem-estar mental das crianças deve-se fomentar a sua resiliência. A resiliência é a capacidade de o indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas sem sofrer alterações da sua saúde

mental. A resiliência centra-se na eficácia da mudança e nos fatores que mantêm a pessoa saudável mesmo quando está perante fatores de risco. Trata-se de “uma capacidade que é ativada se existirem fatores de risco. Desta forma, podemos avaliar a resiliência como uma estrutura básica”. Segundo Pretis (2010, pág. 2)

Segundo Pretis (2010) são fatores de resiliência da criança:

- O **estado de saúde** de uma criança, e em particular das crianças mais pequenas, pode ser perspectivado como um importante fator de resiliência, no caso de existir um adulto responsável pela vigilância de saúde;
- O **desenvolvimento infantil** constitui um processo de mudança contínuo, no qual as crianças tornam-se capazes de lidar com níveis, cada vez mais complexos, de movimentos, pensamentos, sentimentos e relações com os outros. As crianças com elevado desenvolvimento cognitivo são vistas como mais resilientes do que as crianças que apresentam dificuldades ao nível da cognição. Uma vez que estas procuram ativamente situações nas quais poderão melhorar as suas capacidades em termos de controlo ou são capazes, quase sempre, de antecipar e compreender as situações em que se encontram, têm estratégias de coping centradas nos problemas. A estimulação do desenvolvimento através de atividades estimulantes e adequadas à idade das crianças são sempre de grande utilidade;
- A **autoestima** constitui o conjunto de crenças ou sentimentos que o indivíduo tem sobre si próprio. A forma como se define influencia as motivações, as atitudes e os comportamentos, influenciando também a adaptação emocional. A autoestima está associada à autoeficácia e o autocontrolo. A autoestima pode ser reforçada através da ideia de “controlo” e de “responsabilidade adequada à idade”. Neste contexto, o ser capaz de “lidar positivamente com os desafios” é importante para a criança;
- A maioria dos bebés tem **personalidades fáceis** adaptando-se fácil e rapidamente a novas situações e mudanças na rotina. Quando têm fome ou estão desconfortáveis com outra coisa, costumam reagir de forma moderada. Quando os bebés com personalidades calmas estão agitados, são normalmente capazes encontrar formas de se acalmar. Dando um *feedback* positivo aos pais, por exemplo, sorrindo e sendo facilmente confortados.

- Quando se está perante uma criança que não é calma, e não podendo alterar a personalidade da mesma, tem de se alterar o ambiente, ou seja a forma como se reage à criança. Por exemplo, se a criança está a gritar incessantemente, será importante que o pai ou a mãe saibam relativizar a situação e mantenham a calma. Esta atitude por parte da criança poderá significar uma procura de ajuda ou apoio. Se os pais observarem que a criança tende a reagir de forma evitante ou tenta evitar desafios, pode ser possível a introdução de jogos agradáveis para alcançar os mesmos objetivos que seriam alcançados através de uma atitude mais exigente;
- A **autoajuda** consiste em fazer as coisas sozinhos, em tentar resolver os problemas sem depender de outras pessoas. A autoajuda tem a ver com o facto de as pessoas prestarem apoio e darem ajuda umas às outras de forma informal, em vez de dependerem do estado, das autoridades ou de outras organizações oficiais;
- A **autoeficácia** é a capacidade do individuo de agir de certa forma para obter certos objetivos, pondo em prática as ações necessárias à gestão de situações futuras. A autoeficácia está intimamente ligada a outros conceitos, como a autoajuda, a autoestima ou o controlo do ego;
- A interação **alegre**, os sentimentos de **confiança**, **segurança** e **otimismo** são fatores importantes que contribuem para o bem-estar mental da criança. As situações de brincadeira, o rir com os pais ou profissionais, são importantes fatores de suporte;
- A **competência social** significa a capacidade de se relacionar, interagir, comunicar;
- A **coragem** é a combinação do desafio, do compromisso e do controlo, para alcançar objetivos pré-determinados. A motivação de ir um pouco mais além.

Segundo Pretis (2010) são fatores de resiliência do sistema familiar:

- **Pessoa (Adulto) de Ligação Saudável** - segurança da vinculação precoce podem ser vistas como um fator de proteção no desenvolvimento, quando os bebés se sentem protegidos, seguros e profundamente certos em relação à disponibilidade da sua pessoa de vinculação, são capazes de explorar com mais

força, são capazes de ser absorvidos pelas brincadeiras. A criança precisa de, pelo menos, uma pessoa com quem mantenha uma ligação saudável;

- **Parentalidade Positiva** - está presente quando os pais identificam as necessidades da criança, reagem num período de tempo adequado, de forma adequada ao desenvolvimento e fornecem apoio emocional, existindo um sentimento de segurança e conforto;
- **Papéis e Estrutura na Família** - as rotinas familiares ajudam os membros da família a saber quem faz o quê, quando, com que ordem e com que frequência. As mesmas não devem ser demasiado rígidas e, por vezes, devem até ser flexíveis, dão previsibilidade à criança nos sistemas familiares;
- **Relação positiva** - as relações envolvem algum nível de interdependência, nas quais as pessoas têm tendência a influenciar-se umas às outras, partilhar pensamentos e sentimentos, e envolverem-se em atividades conjuntamente;
- **Estatuto educacional/Emprego dos Pais** - as aptidões cognitivas e, indiretamente, o percurso educacional e o tipo de emprego dos pais têm um papel importante, pois normalmente estão relacionados com uma funcionalidade (social) mais elevada. O emprego dos pais significa, na maioria dos casos, que a criança está habituada a passar algum tempo noutros cenários como creche ou jardim-de-infância.

Segundo Pretis (2010) são fatores de resiliência ambientais:

- **Contacto Social com Membros do Grupo de Pares Socialmente Adaptados** - este fator de resiliência centra-se na existência de contacto com o grupo de pares (crianças mais ou menos da mesma idade, que, na sua maioria, não têm perturbações comportamentais ou emocionais observáveis), por exemplo, no jardim-de-infância, no grupo de amigos, na vizinhança;
- **Desempenho Académico** - um desempenho escolar positivo reforça a autoestima das crianças e abre-lhes um leque de melhores possibilidades para a vida. Semelhante à estimulação do desenvolvimento, as estruturas educacionais deverão tentar fazer o possível para elevar o nível de aptidões académicas das crianças vulneráveis;
- **Disponibilidade de Apoio e Ajuda** - Serviços profissionais disponíveis que prestam algum tipo de apoio à criança e família;

- **Outros Adultos Saudáveis** - a existência de outros adultos com os quais a criança possa desempenhar atividades agradáveis constitui um poderoso fator de resiliência;
- **Interesses e Atividades na Comunidade** - atividades extracurriculares Ex.: futebol, xadrez, interesse especial por animais, entre outros;
- **Espiritualidade/Sentido de Coerência** – a experiência mostra que as crianças e famílias que vivem num contexto com certos valores ou crenças espirituais parecem estar mais protegidos contra situações adversas do que as crianças sem esta parte espiritual.

Os processos de resiliência da criança e da família podem ser apoiados fortalecendo os fatores gerais de resiliência da criança, família ou do ambiente.

4. AVALIAÇÃO, TRIAGEM E REFERENCIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

Segundo Marques e Cepêda (2009) a avaliação diagnóstica em cuidados de saúde primários deve ter como objetivos principais:

- Definir o tipo e a gravidade do problema;
- Avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais fatores de proteção;
- Planear a intervenção terapêutica e eventual referenciação.

Na tabela 2 estão enumerados alguns pontos para os quais devem fazer parte da entrevista de avaliação à criança/ao jovem.

Identificação do Problema (s) / Sintoma (s)	Caracterização: descrição, frequência, início, fatores desencadeantes/ agravantes / protetores, o contexto em que surge, o que foi feito para resolver; Clarificar o motivo do pedido.
Sintomas associados	
Nível de desenvolvimento	Adequado ou não à idade cronológica.
Antecedentes Pessoais	Gravidez, parto, relação precoce, etapas do desenvolvimento psicomotor, reação à separação, sono, alimentação, intercorrências médicas, tipo de prestação de cuidados.
História Familiar/ Genograma/ Ambiente Familiar	Avaliação da qualidade da relação pais-criança, existência de confusão de papéis, de gerações, “parentalização” da criança (comportar-se como pai ou mãe perante os irmãos), tipos de comunicação e padrões de interação, “atmosfera” emocional da família, existência de rede social / familiar alargada, existência de patologia psiquiátrica.
Observação da criança	Física e do estado mental, com despiste de doença física.

Tabela 2 - Avaliação diagnóstica

Fonte: Marques e Cepêda (2009)

Na tabela 3 estão enumerados os aspectos a ter em conta na entrevista aos pais, a observação do estado mental da criança/ do jovem e a interação dos pais com a criança nos primeiros anos de vida.

<p>Entrevista aos pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de problema/sintoma e suas características; • Duração/frequência/intensidade; • Sintomas associados; • Experiências traumáticas anteriores; • Fatores de stress /mudanças recentes no meio sociofamiliar; • Escola: aproveitamento, absentismo, adaptação; • Sintomas funcionais: motores, sono, alimentares, controle de esfíncteres; atenção/ controle de impulsos/ nível de atividade; • Comportamento: agressividade, intolerância à frustração, comportamentos antissociais; • Emocional: sintomas de ansiedade (ex: preocupações e medos excessivos), humor depressivo ou irritável; • Social: relação com pares, capacidade de comunicação, atividades.
<p>Observação do estado mental da criança/adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forma como a criança se relaciona com o observador: evitamento, proximidade excessiva, manutenção, ou não, contacto pelo olhar; • Aparência geral: estado de nutrição, vestuário (in) adequado, sinais de negligência física; • Tipo de humor: ansioso, triste, zangado, eufórico; • Linguagem: adequada ou não à idade, compreende ou não o que lhe é dito; organização do discurso, capacidade de associação entre as ideias; linguagem peculiar, tom calmo ou desafiador; • Nível de atividade: calmo, lentificado, agitado. • Capacidade de manter a atenção/ impulsividade: completa ou não uma tarefa, passa rapidamente de uma atividade para outra; • Pensamento (evidenciado pelo tipo de discurso): organizado e coerente ou desorganizado e difícil de compreender, ideias bizarras; • Movimentos anormais/ tiques/ vocalizações bizarras; • Ideação suicida.
<p>Interação pais-criança nos primeiros anos de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forma como os pais se envolvem com a criança: excessivamente permissivos, demasiado intrusivos, “frustradores”, hostis, pouco envolvidos, afetuosos; • Estratégias que usam para lidar com a criança: firmeza, calma no

	<p>pedido, exigência extrema, coerção física, desinvestimento/ /distanciamento, indiferença;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como responde a criança e como se adaptam os pais às suas respostas: tentam mudar de estratégia se esta não funciona ou há ausência de flexibilidade e de capacidade adaptativa dos pais; • Se os pais funcionam como “base segura”, isto é, se a criança se referencia aos pais perante situações potencialmente ameaçadoras ou para pedir ajuda e se os pais parecem estar atentos; • Qualidade de vínculos existentes na relação pais-criança.
--	--

Tabela 3 – Avaliação da saúde mental na criança e no jovem

Fonte: Marques e Cepêda (2009)

Na tabela 4 estão enumerados alguns, indicadores que ajudam a diferenciar os comportamentos normais dos patológicos.

Sintomas Normais (inerentes ao desenvolvimento)	Sintomas Patológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Transitórios; • Pouco intensos; • Restritos a uma área da vida da criança; • Sem repercussão sobre o desenvolvimento; • A criança fala neles com facilidade; • Sem disfunção familiar evidente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensos e frequentes; • Persistem ao longo do desenvolvimento; • Causam grave restrição em diferentes áreas da vida da criança; • Repercussão no desenvolvimento psicológico normal; • Meio envolvente patológico; • Desadequados em relação à idade; • Associação de múltiplos sintomas.

Tabela 4 - Sintomas normais e patológicos

Fonte: Marques e Cepêda (2009)

Na tabela 5 estão enumerados os sinais de alerta para a referência em saúde mental infantil e juvenil.

Na primeira infância	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na relação mãe-bebê; • Dificuldade do bebê em se autorregular e mostrar interesse no mundo; • Dificuldade do bebê em se envolver na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas; • Ausência de reciprocidade interativa e de capacidade de iniciar interação; • Perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente; • Insônia grave.
Na idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de aprendizagem sem déficit cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos; • Recusa escolar; • Hiperatividade / agitação (excessiva ou para além da idade normal); • Ansiedade, preocupações ou medos excessivos; • Dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; • Agressividade, violência, oposição persistente, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade; • Dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos; • Somatizações múltiplas ou persistentes.
Na adolescência	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; • Somatizações múltiplas ou persistentes; • Humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional; • Ansiedade excessiva; • Alterações do pensamento e da percepção; • Sintomatologia obsessivo-compulsiva; • Insônia grave, persistente; • Restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos; • Passagens ao ato impulsivas (agressivas ou sexuais), comportamentos autoagressivos, fugas; • Comportamentos antissociais repetidos.

Tabela 5 - Sinais de alerta para referência

Fonte: Marques e Cepêda (2009)

BIBLIOGRAFIA

- Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2012). Acedido em 07/02/2014. Disponível em: <http://www.saudental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia/documento-tecnico-de-suporte-a-rede-de-referenciacao-hospitalar-de-psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia/>
- Marques, C., Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Mazet, P., Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do Lactente e da Criança Pequena*. (2ª Edição), Lisboa: Climepsi Editores.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª Edição), Estados Unidos da América: Pearson.
- Pretis M. (2010). *Módulo 4: Fomentar a Resiliência nas Crianças em Contextos de Vulnerabilidade de Saúde Mental*. Acedido em 10/02/2014. Disponível em: <http://www.adam-europe.eu/prj/5219/prj/M%C3%B3dulo%20O%20Impacto%20da%20Vulnerabilidade%20nas%20Crian%C3%A7as.pdf>
- Pretis, M. (2010). *Módulo 2: O impacto da vulnerabilidade de saúde mental dos pais nas crianças*. Acedido em 10/02/2014. Disponível em: <http://www.adam-europe.eu/prj/5219/prj/M%C3%B3dulo%20O%20Impacto%20da%20Vulnerabilidade%20nas%20Crian%C3%A7as.pdf>
- Townsend, M. C. (2011) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (7ª edição), Rio de Mouro: Lusociência.

**APENDICE IV – PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS EM
CRIANÇAS E JOVENS**



Maus tratos em Crianças e Jovens

Resumo da pesquisa bibliográfica

Ana Luisa Mendes da Silva

Orientado por: Maria Manuela Soveral

2014

Índice

INTRODUÇÃO.....	5
1. CONCEITO DE MAUS TRATOS.....	7
2. TIPOLOGIA DOS MAUS TRATOS.....	9
3. DEFINIÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE MAUS TRATOS E ALGUNS SINAIS E SINTOMAS.....	11
3.1 Negligência	11
3.2 Abuso Físico.....	11
3.3 Abuso sexual	11
3.4 Abuso psicológico e emocional	12
3.5 Síndrome de Munchausen por Procuração.....	12
3.6 Alguns sinais e sintomas de maus tratos	12
4. DINÂMICA DOS MAUS TRATOS	15
4.1 Fatores de risco	15
4.2 Fatores de proteção	16
4.3 Fatores de agravamento/crise de vida.....	17
4.4 Sinais de alerta	18
5. INTERVENÇÃO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO	19
6. CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS TRATOS EM PORTUGAL E NO CONSELHO DE OEIRAS.....	23
BIBLIOGRAFIA	25

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Entidade sinalizadora de maus tratos	23
Gráfico 2 - Idade das crianças sinalizadas por maus tratos	24
Gráfico 3 - Problemáticas sinalizadas	24

Índice de ilustrações

Ilustração 1 - Ecological model describing the risk factors for child maltreatment	15
--	----

Índice de tabelas

Tabela 6 - Sinais e sintomas de alguns tipos de maus tratos	13
Tabela 7- Fatores de risco para maus tratos infantis	16
Tabela 8 - Fatores de proteção para maus tratos infantis.....	17
Tabela 9 - Sinais de alerta para maus tratos infantis	18
Tabela 10 - Prevenção primária dos maus tratos	21
Tabela 11 - Prevenção secundária dos maus tratos.....	21

INTRODUÇÃO

Todos os anos milhões de crianças no mundo assistem e são vítimas de violência física, sexual e emocional. Os maus tratos infantis são um problema global com grande impacto na saúde física e mental, no bem-estar, no crescimento e desenvolvimento das vítimas. O reconhecimento a nível nacional e internacional da criança, como um sujeito do direito implica um esforço por parte da comunidade na promoção e proteção dos e seus direitos, tendo um especial enfoque nas crianças mais vulneráveis, por se encontrarem em situação de risco ou perigo.

O Artigo 3º da Convenção sobre os Direitos da Criança (p. 6), adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990, faz referência ao superior interesse da criança, ao referir que:

“1. Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas, ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança.

2. Os Estados partes comprometem-se a garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para esse efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas”

O Artigo 19º da referida convenção (p. 13) responsabiliza o Estado pelo dever de proteger a criança contra todas as formas de maus tratos, por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças, estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.

“1. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.

2. Tais medidas de proteção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório,

transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus tratos infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial”

Também na Constituição da República Portuguesa, no Artigo 69.º (2005), é salvaguardado o superior interesse da criança, em que:

“1. As crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.

2. O Estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal.

3. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar.”

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria deve garantir o cumprimento dos direitos das crianças, sendo sua competência assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde.

“E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p. 8654)

O presente documento divide-se em duas partes, a primeira resultado da pesquisa bibliográfica realizada sobre os maus tratos infantis e na segunda é apresentada a caracterização dos maus tratos em Portugal e no concelho de Oeiras no ano de 2012.

1. CONCEITO DE MAUS TRATOS

Segundo Butchart, Harvey, Mian, Furniss, T. (2006, p. 7) os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a “maus tratos físicos e emocionais, abuso sexual, abandono, negligência nos cuidados à criança e exploração comercial ou outra”. São ações não acidentais de abuso ou omissão para com uma criança menor de dezoito anos, perpetuada pelo seu progenitor ou cuidador principal, por outra pessoa ou instituição, que ameace a sua segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo.

Os maus tratos resultam da conjugação de diferentes fatores (de risco, proteção e agravamento) que interagem entre si. É de salientar a diferença de conceitos entre risco e perigo. Assim risco “diz respeito à vulnerabilidade da criança e do jovem vir a sofrer de maus tratos”, perigo “corresponde à objetividade do risco” (Leça *et al.*, 2011, p. 7)

Os maus tratos em criança constituem um problema de saúde pública os quais deixam sequelas a curto e a longo prazo. São exemplo de sequelas a curto prazo:

“as lesões, as respostas emocionais e comportamentais desajustadas, como consequência do stress sofrido e de um modo geral, qualquer resposta física e psíquica ao stress, resultante de situações de maus tratos, que envolva um fracasso adaptativo, como o atraso de crescimento e de desenvolvimento de etiologia não orgânica, o atraso psicomotor e cognitivo, as perturbações sócio-emocionais e de aprendizagem” (Teufel, Fernández, Banacloig, 2010, p. 52)

São exemplo de sequelas a longo prazo:

“sequelas anatómicas (cicatrizes, próteses, amputações, etc.), funcionais (perda de sensibilidade, perda de alguma das funções viscerais, claudicação, etc.), emocionais (distorções cognitivas) que costumam afetar negativamente a percepção que o indivíduo tem da sua saúde, beleza, harmonia ou autoestima (...) transtornos psicossomáticos, somatomorfos e psicológicos, os comportamentos aditivos, as alterações do sono, os problemas sexuais alimentares” (Teufel, Fernández, Banacloig, 2010, p. 52)

2. TIPOLOGIA DOS MAUS TRATOS

Existem diferentes tipologias de maus tratos que correspondem a diferentes critérios de classificação. De acordo com World report on violence citado por Butchart, Harvey, Mian, Furniss, T. (2006), a violência pode ser dividida em três categorias:

- Violência autodirigida – o agressor e a vítima são a mesma pessoa. Subdivide-se em auto-abuso e suicídio.
- Violência interpessoal – refere-se a violência entre indivíduos. Subdivide-se em violência doméstica (violência por um familiar ou cuidador e abuso) e violência na comunidade (cometida por conhecidos ou estranhos, agressão, assaltos).
- Violência coletiva – refere-se a violência realizada por grupos de pessoas. Subdivide-se em violência social, política e económica.

Relativamente à natureza da violência ela pode ser física, psicológica, por privação ou negligência em todas as três tipologias. Relativamente à origem sexual pode existir na tipologia interpessoal e coletiva.

Segundo Leça *et al.* (2011) existem múltiplas situações de maus tratos que podem estar associadas a negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração.

3. DEFINIÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE MAUS TRATOS E ALGUNS SINAIS E SINTOMAS

3.1 Negligência

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.

3.2 Abuso Físico

O abuso físico resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.

3.3 Abuso sexual

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou o adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito

(cópula, coito anal ou oral), ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras. Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido.

3.4 Abuso psicológico e emocional

O abuso psicológico resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/ do jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/ do jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.

3.5 Síndrome de Munchausen por Procuração

A Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

3.6 Alguns sinais e sintomas de maus tratos

Na tabela 1 estão enumerados alguns dos sinais e sintomas de maus tratos em crianças e jovens, de acordo com a tipologia dos mesmos.

TIPOLOGIA	SINAIS E SINTOMAS
Abuso Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periocular, pavilhões auriculares, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas); • Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada); • Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; • Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua); • Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura); • Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise; • Demora ou ausência na procura de cuidados médicos; • História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores; • Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem); • Alterações graves do estado nutricional.
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção); • Presença de esperma no corpo da criança/ do jovem; • Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; • Leucorreia persistente ou recorrente; • Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; • Lesões no pénis ou região escrotal; • Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios; • Laceração do hímen; • Infecções de transmissão sexual; • Gravidez.
Abuso psicológico e emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; • Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação; • Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; • Perturbações do comportamento alimentar; • Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); • Choro incontrolável no primeiro ano de vida; • Comportamento ou ideação suicida.
Negligência	<ul style="list-style-type: none"> • Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar); • Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas; • Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília); • Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; • Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas; • Incumprimento da vigilância de saúde infantil e vacinação; • Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão á vigilância e terapêutica programadas); • Intoxicações e acidentes de repetição.

Tabela 6 - Sinais e sintomas de alguns tipos de maus tratos

Fonte: Leça et al. (2011)

4. DINÂMICA DOS MAUS TRATOS

O surgimento de maus tratos a uma criança ou jovem não é devido a um fator precipitante, mas sim à conjugação de diferentes fatores a diferentes níveis. O risco de uma criança sofrer de maus tratos pode ser explicado através do modelo ecológico.



Ilustração 1 - Ecological model describing the risk factors for child maltreatment

Fonte: Butchart, Harvey, Mian, Furniss, T. (2006, p. 13)

No primeiro nível do modelo estão os fatores individuais, com as variáveis biológicas (idade e sexo), os fatores da história pessoal que podem influenciar a suscetibilidade individual para os maus tratos. No nível seguinte os relacionamentos familiares e os amigos, os quais influenciam os riscos individuais de sofrer ou perpetuar os maus tratos. Segue-se o nível da comunidade onde ocorrem as relações sociais (local onde vive, equipamento educativo). Por último, os fatores sociais (normas sociais que encorajem a punição física das crianças, desigualdades económicas e ausência de suporte social).

O surgimento de maus tratos depende da conjugação de fatores de risco, de fatores de proteção e de fatores de agravamento ou crises de vida.

4.1 Fatores de risco

Os fatores de risco de maus dizem respeito à criança/ ao jovem, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida, por si só, apenas indicam a probabilidade do aparecimento de maus tratos. A tabela 2 apresenta alguns fatores de risco, para a criança/ jovem e família/ contextos de vida, para maus tratos infantis.

Criança e Jovem	Familiares/contextos de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento prematuro/baixo peso • Temperamento difícil • Filho não desejado • Défice físico ou psíquico • Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento • Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.) • Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc) • Excessiva dependência ou alheamento • Viver em lar ou instituição 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores vítimas de maus tratos em criança • Défice de competências parentais • Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança • Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente • História de comportamento violento e/ou anti-social • Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.) • Relações familiares conflituosas • Inexistência de condições de habitabilidade • Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários • Ausência de suporte socio-familiar • Ausência prolongada de um dos cuidadores • Família disfuncional • Insegurança económica /pobreza

Tabela 7- Fatores de risco para maus tratos infantis

Fonte: Leça *et al.* (2011, p. 10)

4.2 Fatores de proteção

Os fatores de proteção incluem “variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco” (Leça *et al.*, 2011, p. 8), dizem respeito à criança/ ao jovem, à família e/ou aos cuidadores e aos contextos de vida. A tabela 3 apresenta alguns fatores de proteção, da criança/ do jovem e da família/ dos contextos de vida, para maus tratos infantis.

Criança e Jovem	Familiares/contextos de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Bom nível de desenvolvimento global • Temperamento fácil • Vinculação segura à família/adulto de referência • Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário • Sucesso escolar • Desejo de autonomia e comportamento exploratório • Grupo de pares pró-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Boas competências parentais • Boa rede de suporte familiar e social • Família organizada, com regras e controle da criança • Boa integração comunitária • Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros) • Segurança económica

Tabela 8 - Fatores de proteção para maus tratos infantis

Fonte: Leça *et al.* (2011, p. 10)

4.3 Fatores de agravamento/crise de vida

Os fatores de agravamento/crises de vida são “eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos” Leça et al. (2011, p. 8)

Exemplo de fatores de agravamento/crise de vida:

- Rotura e reconstituições familiares (separação, conflito);
- Luto;
- Doença súbita grave;
- Início de cuidados a pessoa dependente;
- Desemprego;
- Migração;
- Alteração brusca da situação laboral/económica;
- Institucionalização;
- Detenção/prisão.

4.4 Sinais de alerta

Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade acrescida de maus tratos, os pais não se mostrarem preocupados e colaboradores perante as propostas de intervenção, porém não poderá nunca ser excluída uma causa orgânica. Na Tabela 4 são apresentados alguns sinais de alerta para maus tratos infantis, de acordo com a idade da criança.

Criança dos 0 aos 5 anos	Crianças com idade > 5 anos
<ul style="list-style-type: none">• Perturbações na alimentação• Perturbações do sono• Perturbações do comportamento e da relação• Perturbações do desenvolvimento psicomotor• Medo e/ou fobias de pequena intensidade	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades / insucesso escolar• Perturbações da relação/comunicação• Perturbações do comportamento• Ansiedade• Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, agressividade)• Manifestações somáticas• Perturbações do comportamento alimentar• Perturbações psicóticas• Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes

Tabela 9 - Sinais de alerta para maus tratos infantis

Fonte: Leça *et al.* (2011, p. 14)

5. INTERVENÇÃO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO

A proteção da criança implica um conjunto de intervenções cujo objetivo é o de corrigir e prevenir uma diversidade de situações de risco e de perigo.

Em 2006 a OMS e a Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças (ISPCAN) prepararam o primeiro guia sobre como evitar maus tratos à criança - *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Este guia teve como objetivo ajudar os governos, as organizações não governamentais e os organismos institucionais, a adotarem programas baseados na evidencia científica para prevenir os maus tratos de crianças com idade entre 0-14 anos. Todos os países deveriam aplicar corretamente o programa de prevenção dos maus tratos infantis, baseado em dados epidemiológicos e em estudos experimentais que determinassem os métodos de prevenção mais eficazes a nível local.

Em 2012 surge o manual *What works in tackling child abuse and neglect? A manual for policy makers, managers & professionals*, produto do projeto Daphne III, da Comissão Europeia (2007-2013), “Prevenção e Combate ao Abuso e à Negligência Infantil: o que é eficaz? Os países envolvidos neste projeto foram: Portugal, Suécia, Hungria, Alemanha e Holanda. Dos estudos efetuados realço as seguintes conclusões:

- É imprescindível manter o combate ao abuso e à negligência infantil como prioridade na agenda política.

Todos os países envolvidos no projeto introduziram proibições legais em relação aos castigos corporais e desenvolveram estratégias governamentais tendo em vista a prevenção, geral e específica, do abuso e da negligência bem como tendo em vista o apoio a familiares. Em Portugal é visível o investimento nas entidades de primeira linha, nomeadamente na saúde com a criação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, a nível dos cuidados de saúde primários e hospitais, e a alteração ao programa de saúde infantil da Direção Geral da Saúde, o qual tem um grande enfoque na vigilância do risco de surgimento de maus tratos infantis.

- É imprescindível uma implementação adequada da legislação que proíbe o abuso e a negligência infantil.
- Os governos devem investir na igualdade de oportunidades.

Investindo em serviços para famílias com um risco acrescido de abuso ou negligência através de visitas domiciliárias e de educação parental, apoio aos pais transmitindo modelos parentais positivos.

Com o combate à pobreza e à exclusão social, assegurando uma a educação e perspectivas de futuro a todas as crianças.

- Assegurar que todos os profissionais que trabalham com crianças estejam aptos a desempenhar o seu papel na deteção e referenciação.

Os profissionais devem ter formação específica nesta área, pois a falta de informação pode levar à sub-referenciação ou à sobre-referenciação. Em Portugal a Direção da Saúde em 2011 publicou um guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção nos maus tratos em crianças e jovens.

- Campanhas de sensibilização e de consciencialização, para o público em geral, tornarão mais fácil às pessoas próximas das crianças falarem com os pais sobre sinais de abuso e negligência, bem como a sua referenciação às autoridades competentes.

Na tabela 5 estão inumeradas algumas das intervenções preventivas a serem implementadas pelos serviços de saúde, no âmbito da prevenção primária.

Na tabela 6 estão apresentadas intervenções a realizar em situação de perigo.

Prevenção primária

Intervenção preventiva

Apoiar os pais no desempenho do seu papel parental.

- Fomentar a criação de um vínculo afetivo pais-filho seguro.
- Sensibilizar os pais para uma parentalidade positiva e educação positiva dos filhos.
- Melhorar a qualidade da comunicação entre os profissionais e os pais/ cuidadores. Partilhar as suas preocupações, oferecer-lhes a possibilidade de estabelecerem uma relação de apoio e confiança. Reconhecer e entender as necessidades emocionais dos pais/cuidadores.
- Diminuir as situações de isolamento social, possibilitando relações de apoio e confiança com os utentes.
- Estabelecer normas de segurança a cumprir pelas crianças e as famílias.
- Incluir os pais (e não apenas as mães) nas visitas e reconhecer a sua função importante na educação do filho e no funcionamento familiar.
- Fazer recomendações concretas e específicas em relação às dificuldades sentidas pela família ou encaminhá-la para os profissionais adequados

Tabela 10 - Prevenção primária dos maus tratos

Fonte: Teufel, Fernández, Banacloig (2010, p. 120)

Prevenção secundária

Intervenção em situação de perigo

- Realizar ações de monitorização (“follow-up”) e controlos médicos mais continuados e mais intensivos nos casos identificados como de perigo de maus tratos ou já de maus tratos.
- Diminuir o stress associado à educação dos filhos e ensinar métodos positivos, não punitivos, de educação.
- Ensinar os pais/cuidadores a reforçar a auto-estima dos filhos através do recurso a elogios e mensagens verbais positivas.
- Dar a oportunidade de aprendizagem de resolução de conflitos, a partir dos pontos de conflitos pais-filhos.
- Transmitir conhecimentos aos pais/cuidadores sobre as necessidades de alimentação, higiene e emocionais, o desenvolvimento da criança, o comportamento e mecanismos de auto-controlo.
- Estimular e facilitar a relação pais-filhos a fim de estabelecerem uma relação de apego positiva, consistente e segura para a criança.
- Oferecer às crianças assistência médica e psicológica. Recolher e documentar todos os dados relativos aos maus tratos.

Tabela 11 - Prevenção secundária dos maus tratos

Fonte: Teufel, Fernández, Banacloig (2010, p. 126)

A prevenção terciária trata os casos de crianças já maltratadas, para que os maus tratos deixem de ocorrer o mais cedo possível e tenta minimizar as sequelas derivadas dos mesmos.

O grau de severidade da situação de maus tratos depende de:

- “As circunstâncias do incidente que gerou o mau trato;
- Os efeitos do mau trato na criança;
- O facto de se tratar de um ato isolado ou de uma situação repetida ou continuada;
- A existência de fatores que aumentam a vulnerabilidade, tais como:
 - Tratar-se de uma criança pequena (menor que 5 anos);
 - Haver incapacidades físicas ou psíquicas.
- A inexistência de fatores de proteção externos:
 - Ausência de outro familiar ou pessoa idónea que tenha capacidade para proteger a criança/jovem;
 - Dificuldade de acesso ao apoio de estruturas sociais (por incapacidade devida à idade/grau de desenvolvimento ou à oposição por parte dos cuidadores)” Leça *et al.* (2011, p. 16)

Dependendo do grau de severidade, a intervenção é da responsabilidade do profissional que identifica se for ligeiro, se for moderado requer referenciação ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem e, se for grave deverá ser remetido à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. As medidas passíveis de ser aplicadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e pelo tribunal de menores, de acordo com a Lei nº. 147/99 de 1 de setembro (2009, p. 6121) são: “apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para autonomia de vida, acolhimento familiar, acolhimento em instituição”.

6. CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS TRATOS EM PORTUGAL E NO CONSELHO DE OEIRAS

A análise dos relatórios anuais de avaliação de atividades do ano de 2012 da CPCJ de Oeiras e da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens permitem caracterizar a realidade nacional e local da problemática atual dos maus tratos infantis.

Assim, em 2012, a nível nacional houve uma diminuição do número de processos ativos no final do ano, já na CPCJ de Oeiras esse número aumentou, devido a uma maior complexidade das situações sociais e um acentuar da precaridade das condições económicas das famílias, diminuindo assim o número de arquivamento de processos. É de salientar que no ano de 2012 todas as crianças e jovens passaram a estar abrangidas pelo aumento da escolaridade obrigatória até ao 12º ano/18 anos de idade, fato que se traduz no aumento do universo, quer de jovens, quer de situações de perigo, designadamente aquelas que comprometem o direito à educação, suscetíveis de determinar a intervenção das CPCJ.

Durante o ano de 2012, a entidade que mais sinalizou foi o ensino, como se observa no gráfico 1.

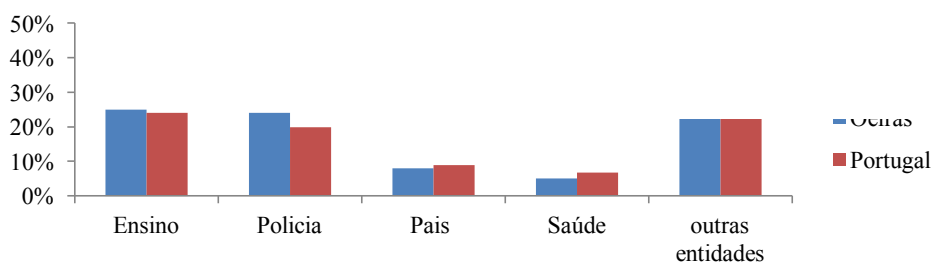


Gráfico 1 - Entidade sinalizadora de maus tratos

Ao analisar a idade das crianças referenciadas verifica-se que a nível nacional o grupo etário dos 15 aos 21 anos é o mais sinalizado, enquanto em Oeiras é o grupo etário dos 11 aos 14 anos, como se pode verificar no gráfico 2.

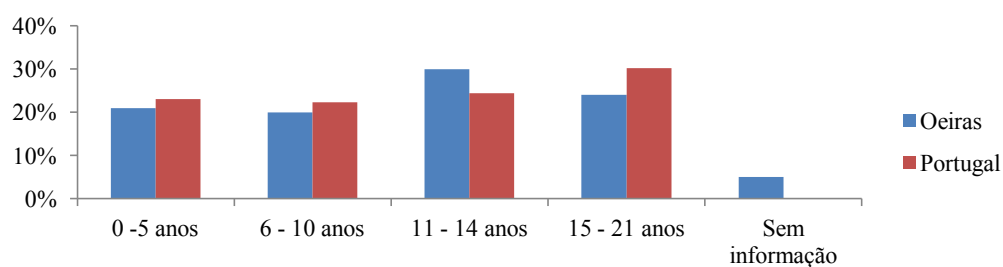


Gráfico 2 - Idade das crianças sinalizadas por maus tratos

Em ambas as faixas etárias a sinalização está associada a abandono escolar e a comportamentos de risco.

Em Oeiras, a faixa etária 0-5 anos está associada a negligência parental (43%) e exposição a modelos de comportamentos desviantes (35%) e a faixa etária 6-10 anos está associada a negligência parental (24%) e comportamentos de risco (24%).

A nível nacional, a problemática mais sinalizada foi a negligência parental, enquanto, em Oeiras, foram os comportamentos de risco, como se pode observar no gráfico 3.

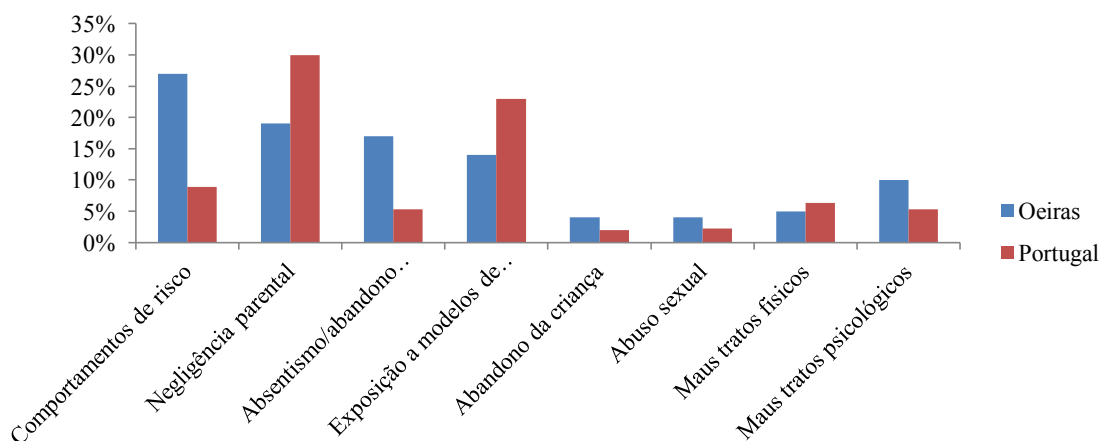


Gráfico 3 - Problemáticas sinalizadas

BIBLIOGRAFIA

- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Furniss, T. (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genova: World Health Organization. Acedido em 14/01/2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
- Clercq, T. B., Baat, M., *What works in tackling child abuse and neglect? A manual for policy makers, managers & professionals*. Acedido em 16/01/2014. Disponível em: <http://www.youthpolicy.nl/yp/downloadsyp/downloadsyp-Daphne-manual.pdf>
- Constituição da República portuguesa. Acedido em 14/01/2014 Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Convenção sobre os Direitos da Criança 1989*, UNICEF. Acedido em 14/01/2014 Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C. ... (2011) *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Lei n.º 147/99 de 1 de setembro (2009). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Diário da República I- Série – A, n.º 204 (1/9/1999) 6116-6132.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 2.ª série N.º 35 (2011). 8653-8655
- Relatório Anual de Avaliação da Atividade da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras (2012). Acedido em 14/01/2014

Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (2012). Acedido em 16/01/2014. Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/Relatorio_2012_28maio.pdf

Teufel, S. S., Fernández, M. J. M., Banacloig, E. M. (2010) *Promoção e proteção dos direitos das crianças: guia de orientações para profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Acedido em 13/01/2014. Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3968&m=PDF

**APENDICE V- PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E
JUVENIL: Manual de registo em SAPE**

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Manual de registo em SAPE

Elaborado por: Ana Luisa Mendes da Silva

Oeiras, Maio de 2014

FICHA TÉCNICA

Titulo: Programa Nacional de Saúde Infantil: Manual de registo em SAPE

Autor: Ana Luisa Mendes da Silva

Editor: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Edição: Maio de 2014

Manual realizado no âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Professora Orientadora: Maria Manuela Soveral

Enfermeiro Orientador do Local de Estágio: Maria Margarida Pires

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. Menu principal da aplicação	7
1.1. Barra de ferramentas.....	7
1.2. Barra de Menus.....	8
1.3. Pesquisa de utentes	11
2. Contacto de enfermagem.....	13
2.1. Barra de Ferramentas.....	13
2.2. Barra de menus	14
3. Processo de Enfermagem	19
3.1. Barra de ferramentas.....	19
3.2. Período Pré-natal, Natal e Neonatal	20
3.3. Avaliação antropométrica, visão e tensão arterial	21
3.4. Fenómenos de enfermagem e intervenções	21
3.5. Parâmetros a avaliar segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.....	25
3.6. Cuidados antecipatórios segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil....	26
3.7. Avaliação do desenvolvimento segundo Mary Sheridan	28
3.8. Avaliação do risco familiar.....	29
3.9. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância	36
4. Plataforma de Dados em Saúde	39
BIBLIOGRAFIA	47

Índice de siglas e abreviaturas

SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
M.C.D.T.	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
PDS	Plataforma de Dados em Saúde
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

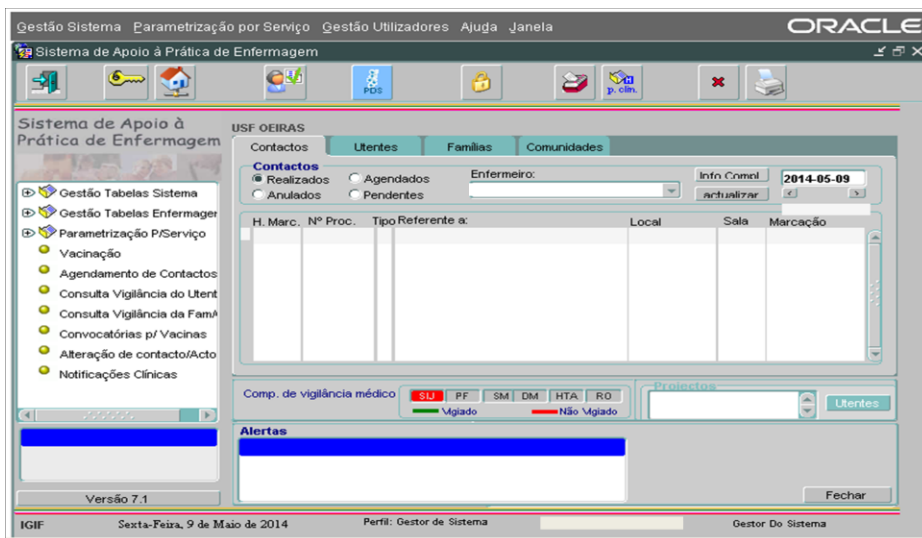
A um de junho de 2013, entrou em vigor o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, acompanhado de uma revisão profunda das ferramentas de registo e apoio. Esta revisão resultou numa mudança de paradigma nos registos dos Cuidados de Saúde Primários e na criação de novas ferramentas digitais (Nascer Utente, Notícia de Nascimento digital e eBoletim).

Tendo por base uma ótica de partilha de informação e gestão de recursos, os módulos de saúde infantil e juvenil, do Sistema de Apoio ao Médico e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, passaram a ter uma filosofia de partilha total da informação.

O objetivo deste manual é ser um instrumento de suporte, para os enfermeiros na realização dos registos de enfermagem no SAPE, através da explicação de todos os passos a seguir, de forma precisa e clara.

Este manual encontra-se dividido em 4 capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o menu principal da aplicação SAPE. No segundo capítulo a abertura do contacto de enfermagem. No terceiro capítulo o processo de enfermagem, no aplicativo do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Por último no quarto capítulo as visualizações possíveis na Plataforma de Dados em Saúde.

1. Menu principal da aplicação



1.1. Barra de ferramentas



Sair da aplicação

Para proceder ao encerramento definitivo da aplicação, o utilizador efetua *click* neste botão.



Conectar/Desconectar

Permite mudar de utilizador sem sair da aplicação.



Unidade de Saúde

Caso o utilizador possua várias Unidades como local de trabalho associados ao seu perfil, permite alterar entre esses locais, sem sair da aplicação.



Abrir contacto

Ativa o contato com o utente, passando a registar como atendimento efetuado.



Plataforma de Dados em Saúde

Permite a consulta de registos efetuados noutra serviço de saúde.



Termo geral do utente

Com o utente selecionado, permite desativar os dados associados a este utente (programas de saúde, fenómenos, intervenções...). Os dados deixam de ser visíveis mas mantêm-se. Opção utilizada quando o utente deixa de estar ativo no ficheiro (morte, transferência).



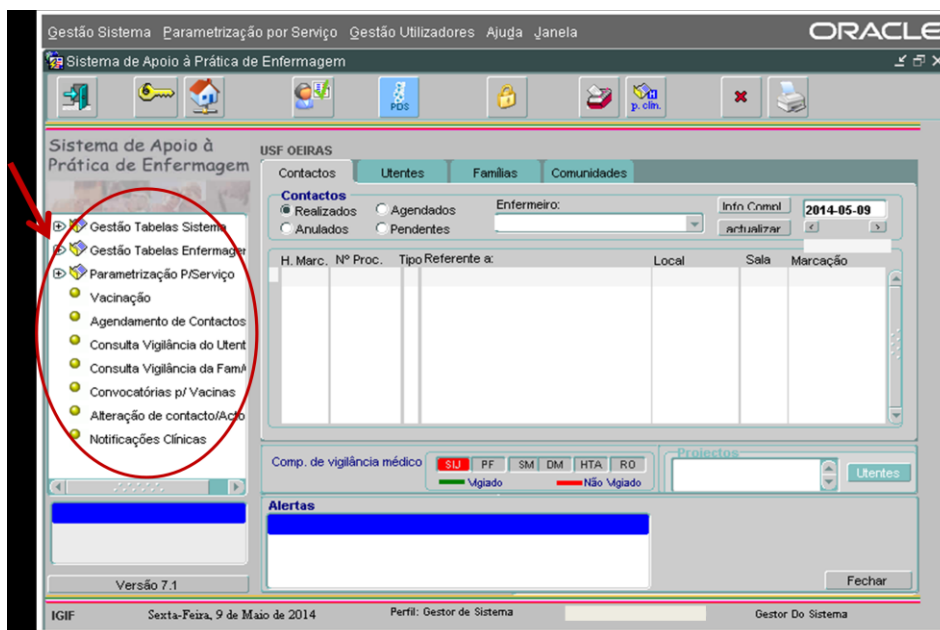
Listagens

Acesso à opção das diversas listagens disponíveis.

1.2. Barra de Menus

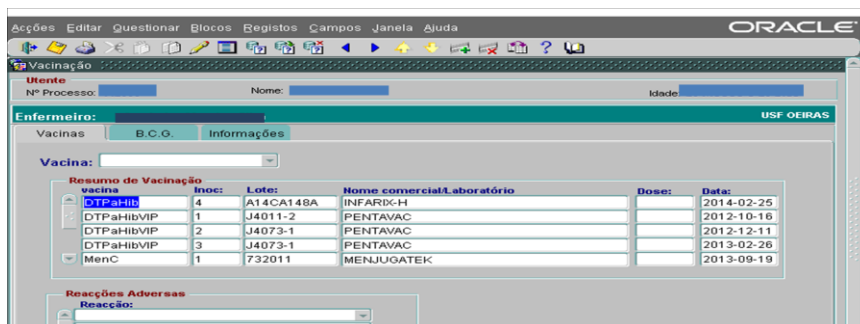
A visualização e utilização dos diversos menus dependem do tipo de perfil do utilizador.

Com o utente selecionado e ainda não ativado é possível visualizar determinados parâmetros associados a esse utente (vacinação, agendamento de contacto e consulta de vigilância).



➤ Vacinação

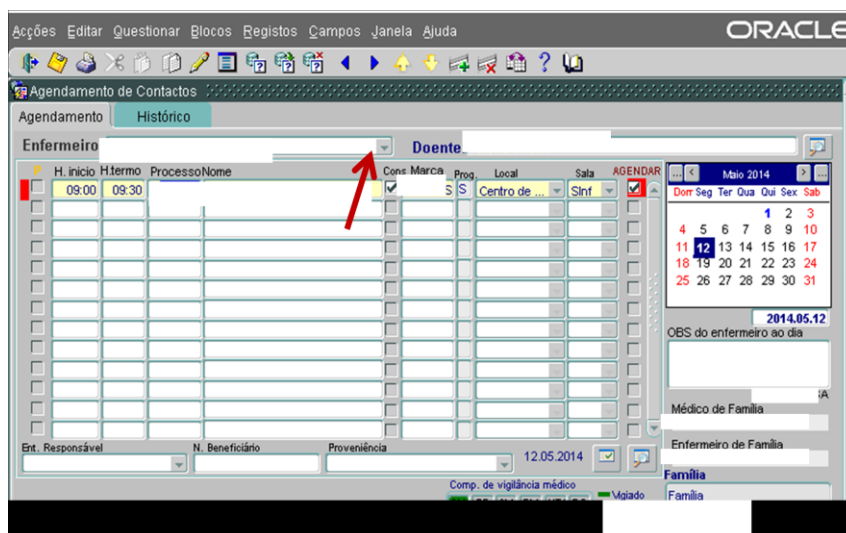
Este item permite visualizar as vacinas registadas em SINUS, bem como contra indicações, grupo de risco, observações. Esta visualização pode ser efetuada com o utente selecionado ou com o contacto aberto.



➤ **Agendamento de contactos**

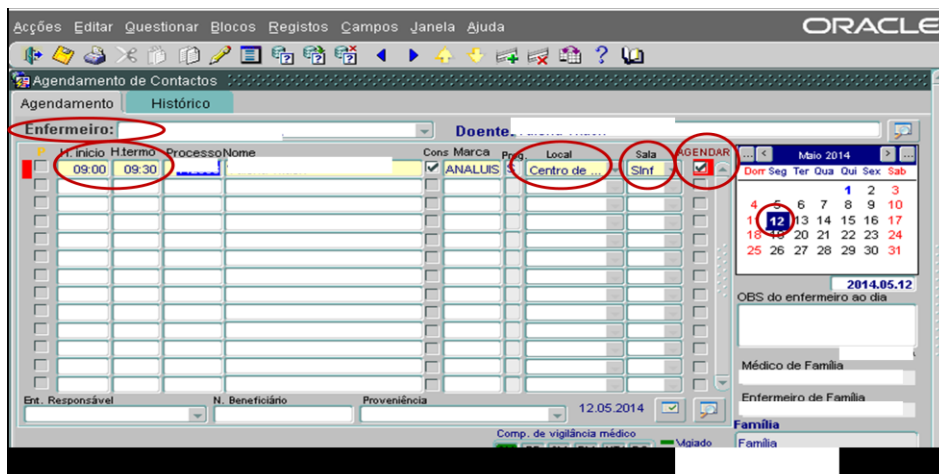
Permite proceder ao agendamento de utentes, marcação de falta ou anulação do agendamento, e à visualização do histórico de agendamentos efetuados. Este item pode ser efetuado com o utente selecionado ou com o contacto aberto.

Para visualizar os agendamentos de um determinado enfermeiro, selecionar o respectivo enfermeiro, se pretender visualizar todos os agendamentos selecione o espaço em branco.



Ao realizar o agendamento deve primeiro selecionar o dia, no calendário, depois o enfermeiro, o horário de início e fim, o local, a sala e por ultimo fazer *click* no quadrado agendar.

Quando se pretende anular um agendamento que se encontra efetuado, clicar no quadrado agendar,e registar o motivo da anulação.



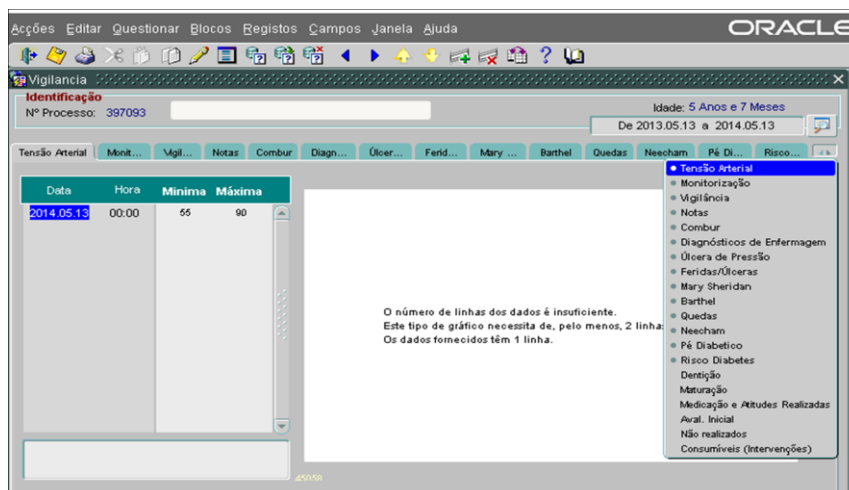
O histórico de agendamento de contactos permite:

- Visualizar os contactos efetuados ou agendados para o utente;
- Posicionando o cursor em cima do contacto, permite visualizar as notas associadas ao contacto, bem como o dia, a hora e quem efetuou a nota;
- No caso de o agendamento ter sido anulado, é possível visualizar o motivo;
- Permite visualizar a situação dos utentes agendados (agendado, terminado, em realização ou não realizado).

Contacto.refe./anul.a	Data	Hora	Registado em	Realizado por	Local	marca./anul.	Estado	Motivo de anulação
2014.05.09	09:37	2014.05.12	09:00	/	Centro de Saúde	/	Agendado	
2014.05.09	09:37	2014.05.12	08:00	/	Centro de Saúde	/	Não Realizado	Engano
2014.05.09	09:31	2014.05.09	09:33	/	Não presencial	/	Em Realização	
2014.04.29	12:16	2014.04.29	12:16	/	Centro de Saúde	/	Terminado	
2014.02.25	13:07	2014.02.25	13:07	/	Centro de Saúde	/	Terminado	
2014.01.07	09:11	2014.01.07	09:11	/	Centro de Saúde	/	Terminado	
2013.11.06	17:57	2013.11.06	17:57	/	Não presencial	/	Terminado	

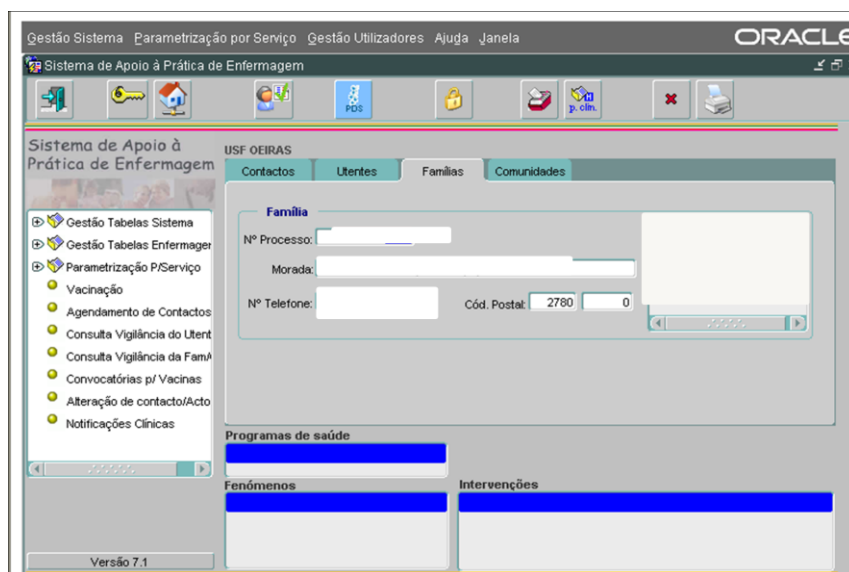
➤ Consulta de vigilância do utente

Permite visualizar diversos parâmetros que foram sendo registados durante o atendimento ao utente.



➤ Consulta de vigilância da família

Permite visualizar diversos parâmetros que foram registados sobre a família.



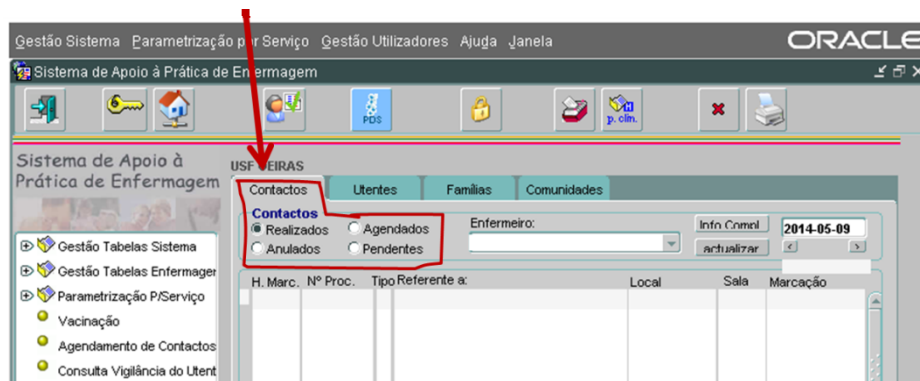
1.3. Pesquisa de utentes

A pesquisa de utentes pode ser feita pelos ou por utentes.

➤ Por contactos



Na pesquisa por contactos é possível visualizar-se os contactos agendados, realizados, pendentes e os que foram anulados. Para visualizar os contactos de outro enfermeiro ou de todos, apenas deverá seleccionar no campo enfermeiro, o nome pretendido ou deixar em

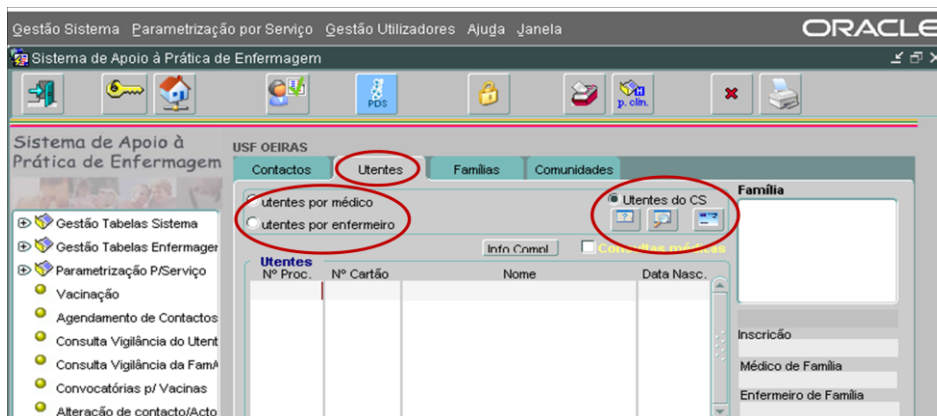
branco respetivamente. A data do contacto também pode ser seleccionada, andando com o cursor da data para a direita ou para a esquerda.




➤ Por utente

Para seleccionar o utente deve-se seleccionar o item “utentes”, a pesquisa pode ser realizada através da base de dados de todos os utentes, por médico de família ou por enfermeiro de família.

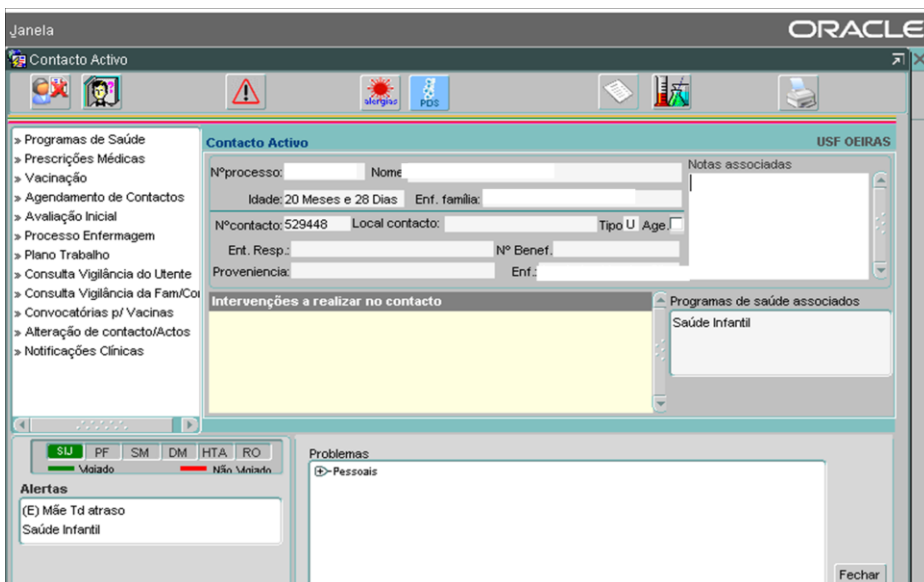
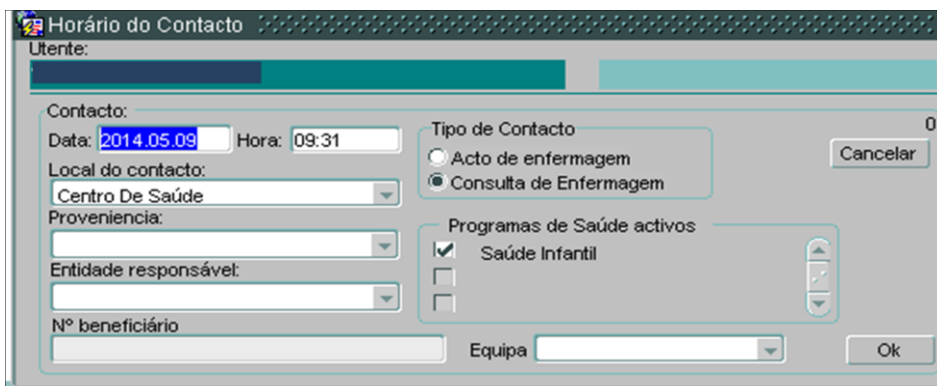
Após seleccionar a base de dado, deverá clicar em , para limpar a base de dados e permitir a pesquisa por número de processo, ou cartão de utente, ou por nome, ou por data de nascimento. Posteriormente deve proceder a um *click* , para efetuar a pesquisa.



2. Contacto de enfermagem

Após a realização da pesquisa do utente, para ativar o contacto deverá clicar em , surgindo uma página de caracterização do contacto.

Esta página permite a identificação da data e hora do contacto, a que pode ser alterada, o local de contacto, a proveniência, a entidade responsável e respetivo número de beneficiário, e os programas de saúde ativos.



2.1. Barra de Ferramentas



Terminar o contacto

Para proceder à finalização dos registos relativos ao contacto de enfermagem, o utilizador efetua *click* neste botão.



Deixar contacto pendente

Para deixar o utente pendente e efetuar os registos mais tarde, é necessário clicar neste botão, passando o utente para a lista dos contactos pendentes.



Alerta de enfermagem

Permite o registo de alertas de enfermagem.



Plataforma de Dados em Saúde

Permite a consulta de registos efetuados noutra serviço de saúde.



Permite a visualização do registo de alergias do utente.



Guia de tratamento

Permite a visualização de guias de tratamento do utente.



Resultados de exames

Permite a visualização dos resultados de exames do utente.





Listagens

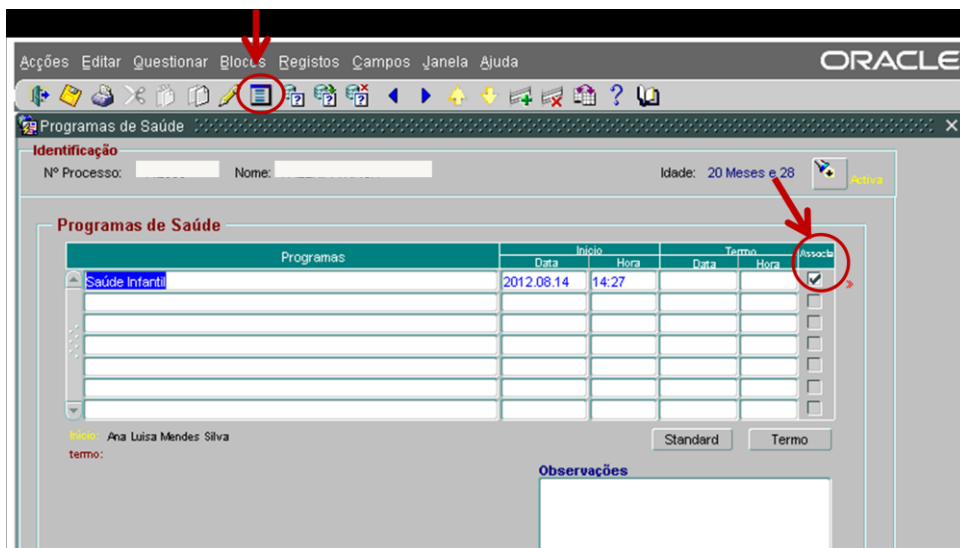
Acesso à opção das diversas listagens disponíveis.

2.2. Barra de menus





➤ Programa de saúde

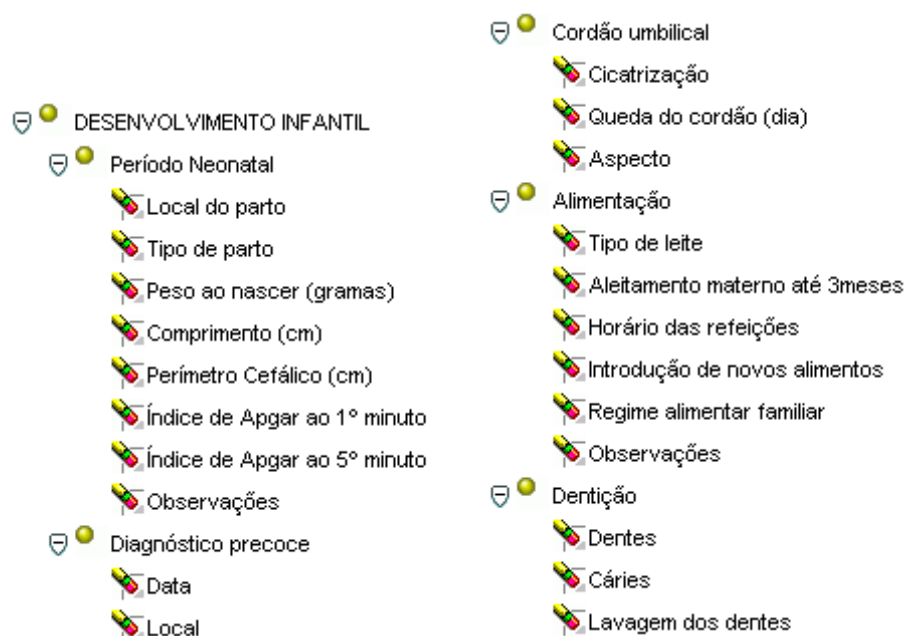
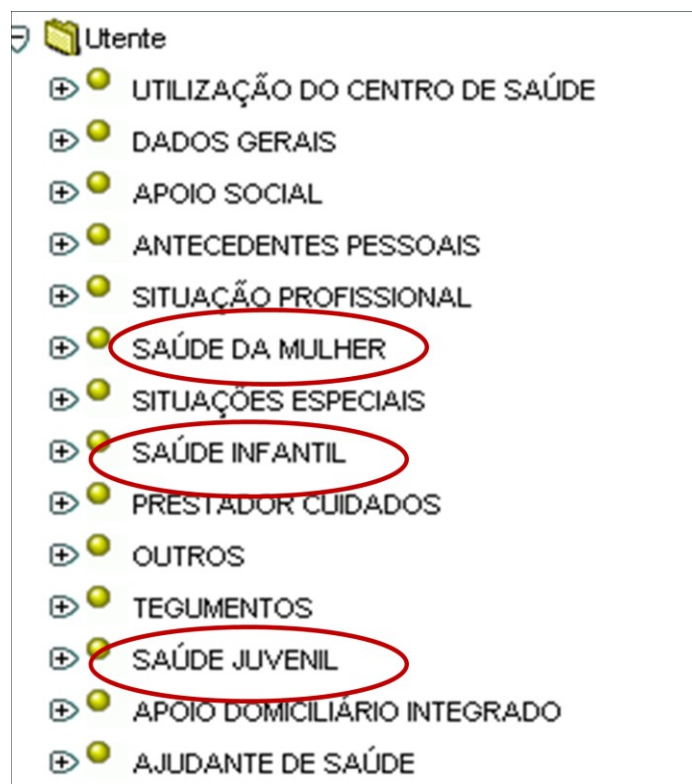
Para definir o programa de saúde, em que o respetivo utente se encontra, deve-se fazer duplo *click* sobre programa de saúde, para proceder à abertura da página. Clicar em  para obter a lista de programas, seleccionar e colocar ✓ em . Seleccionar sempre o programa respeitante à idade.



➤ Avaliação inicial

Destina-se ao registo de dados gerais do utente, fundamentais para um juízo diagnóstico adequado. Quando o campo de dados já está preenchido é possível introduzir nova informação sobre o parâmetro em questão, sendo necessário efetuar um *click* em  á direita do campo.  permite visualizar o histórico de introdução de dados face ao parâmetro seleccionado.

Para o programa de saúde infantil é importante os registos nos itens saúde infantil, saúde juvenil e saúde da mulher.



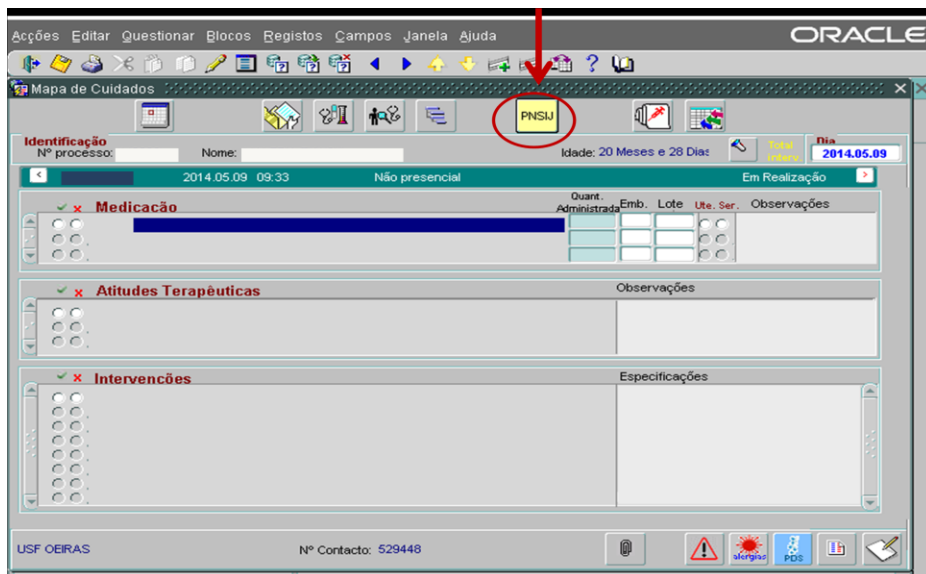
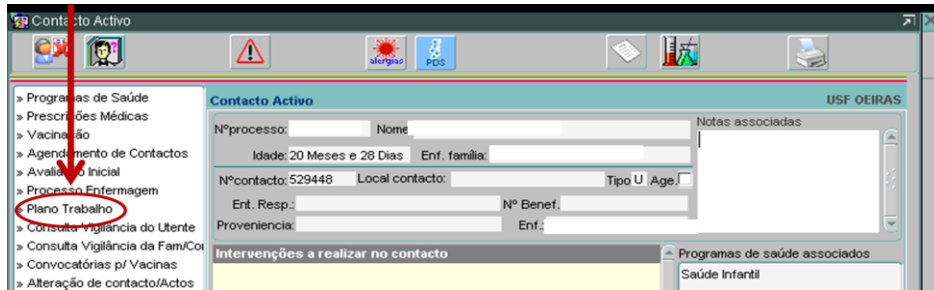
- 🛡️ ● Auto Controlo
 - 🔧 Continência fecal
 - 🔧 Continência urinária
 - 🔧 Observações
- ➕ ● Observações
- 🛡️ ● Exame global 5/6 anos
 - 🛡️ ● Escola a frequentar
 - 🔧 Ensino Básico
 - 🔧 Higiene
 - 🔧 Estado Nutrição
 - 🔧 Desenvolvimento Infantil
 - 🔧 Dentes
 - 🔧 Visão
 - 🔧 Audição
 - 🔧 Linguagem
- 🛡️ ● Exame global 5/6 anos
 - 🔧 Ensino Básico
 - 🔧 Higiene
 - 🔧 Estado Nutrição
 - 🔧 Desenvolvimento Infantil
 - 🔧 Dentes
 - 🔧 Visão
 - 🔧 Audição
 - 🔧 Linguagem
- 🛡️ ● Exame global 5/6 anos
 - 🔧 Ensino Básico
 - 🔧 Higiene
 - 🔧 Estado Nutrição
 - 🔧 Desenvolvimento Infantil
 - 🔧 Dentes
 - 🔧 Visão
 - 🔧 Audição
 - 🔧 Linguagem
- 🔧 Acompanhamento

- 🛡️ ● SAÚDE JUVENIL
 - 🛡️ ● EXAME GLOBAL 10/13 anos
 - 🛡️ ● Escola que frequenta
 - 🔧 Escola
 - 🔧 Higiene
 - 🔧 Dentes
 - 🔧 Visão
 - 🔧 Audição
 - 🔧 Postura/Alt. Ortostáticas
 - 🔧 Estado Nutricional
 - 🔧 Hábitos alimentares
 - 🔧 Ocupação de tempos livres
 - 🔧 Consumos Nocivos

- 🛡️ ● SAÚDE DA MULHER
 - ➕ ● :
 - 🛡️ ● SAÚDE REPRODUTIVA
 - 🛡️ ● Ciclo menstrual
 - 🔧 Menarca (data)
 - 🔧 Menarca (idade)
 - 🔧 Interlúcio (intervalo)
 - 🔧 Cataménio (duração)
 - 🔧 Observações

- **Plano de trabalho**

Para a realização de registos no programa nacional de saúde infantil e juvenil, deve-se clicar em plano de trabalho, na barra de menus e depois clicar em **PNSIJ**.



3. Processo de Enfermagem

Para a elaboração do processo de enfermagem, definição de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados, deve-se aceder a **Fenómenos e Intervenções** (ver 3.4).

Programa Nacional de Saúde Infantil Juvenil

Utente: Idade: 1A 8M 28D

Responsável 1: Responsável 2: Vigiado na USF/AUCSP: Sim

Período Pré-Natal e Natal

Doenças durante a gravidez: Risco na Gravidez:

Duração da gravidez(sem.): Nºconsultas da grav.: Local do Parto: HC S FRANCISCO XAVIER

Tipo de Parto: Eutóxico-Pélvico Epidural: ☐ Apgar: 9 10 10 Reanimação: ☐ Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a primeira hora de vida: ☐

Estatura(cm): 51 Peso(kg): 3,62 P.Cefálico(cm): 34 G. Sanguíneo: Factor RH:

Período Neonatal

Asfixia Perinatal: ☐ Malformações Congénitas: ☐ Infecção Neonatal: ☐ Rast. Auditivo Neonat. Univ.:

Ventilação Mecânica: ☐ Cirurgia Neonatal: ☐ Lesão do Plexo Braquial: ☐ Retinopatia da Prematuridade:

Displasia Broncopulmonar: ☐ Doença Cardíaca: ☐ Internamento em Neonatologia: ☐ Aleitamento Materno até Alta: Exclusivo

Icterícia com Fototerapia: ☐ Eco Transfontanelar: ☐ Rastreio das doenças metabólicas: ☒ Vómitos: ☐ BCG 12-08-2012 DESC

Doença Metabólica: ☐ Alterações Neurológicas: ☐ Hemorragias: ☐ VHB 12-08-2012 DESC

Alterações Genéticas: ☐ Convulsões: ☐

Resumo do Internamento Neonatal:

Fenómenos e Intervenções

Parâmetros a Avaliar		Cuidados Antecipatórios		Mary Sheridan		Avaliação do Risco Familiar		S.N.I.P.I.	
Contatos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA (mmHg)	Notas	Ajuda
Data	Idade	cm	kg	Percentil	cm	Q.D. Q.E.	max. min.		eBNM
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	11,6	16,84	48,2				
14.02.25	1A 6M	81	11,34	17,28	48				
14.01.07	1A 4M	80,6	11,3	17,39	48				
13.03.26	7M 15D	69,4	8,5	17,65	44,5				
13.01.15	5M 4D	65,3	7,14	16,74	42,5				
12.11.13	3M 2D	62	5,85	15,22	40,3				

3.1. Barra de ferramentas



Sair

Permite sair da página.



Gravar

Permite a gravação de todos os registos antes de sair da página.



Consulta de vigilância

Permite visualizar diversos parâmetros que foram sendo registados durante o atendimento ao utente.



Plataforma de Dados em Saúde

Permite a consulta de registos efetuados noutro serviço de saúde.

3.2. Período Pré-natal, Natal e Neonatal

Os registos do período pré-natal, natal e neonatal serão preenchidos automaticamente pela notícia de nascimento eletrónica, mas também podem ser preenchidos manualmente.

The screenshot shows the Oracle Health Management System interface. The 'Período Pré-Natal e Natal' section is highlighted with a red box and a red arrow. The 'Período Neonatal' section is also visible, showing various clinical parameters and a table of patient data.

Contatos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA (mmHg)	Notas	eBNM
Data		cm	kg	Percentil	cm	O.D. O.E.	max min		
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	11,8	50 a 85	48,2		85 a 97		
14.02.25	1A 6M	81	11,34	50 a 85	48		85 a 97		
14.01.07	1A 4M	80,6	11,3	50 a 85	48		85 a 97		
13.03.26	7M 15D	69,4	8,5	50 a 85	44,5		85 a 97		
13.01.15	5M 4D	65,3	7,14	50 a 85	42,5		50 a 85		
12.11.13	3M 2D	62	5,85	15 a 50	40,3		50 a 85		

O registo do rastreio das doenças metabólicas é feito no quadro do período neonatal, com introdução da data, local e o enfermeiro que realizou.

The screenshot shows the Oracle Health Management System interface with the 'Rastreio das Doenças Metabólicas' dialog box open. The dialog box contains fields for 'Data', 'Loca', and 'Realizado Por'. The 'Período Neonatal' section is also visible, showing various clinical parameters and a table of patient data.

Contatos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA (mmHg)	Notas	eBNM
Data		cm	kg	Percentil	cm	O.D. O.E.	max min		
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	11,8	50 a 85	48,2		85 a 97		
14.02.25	1A 6M	81	11,34	50 a 85	48		85 a 97		
14.01.07	1A 4M	80,6	11,3	50 a 85	48		85 a 97		
13.03.26	7M 15D	69,4	8,5	50 a 85	44,5		85 a 97		
13.01.15	5M 4D	65,3	7,14	50 a 85	42,5		50 a 85		
12.11.13	3M 2D	62	5,85	15 a 50	40,3		50 a 85		

Para visualização dos detalhes do registo do período pré-natal, natal e neonatal, clicar em detalhes.

The screenshot shows a software interface titled 'Janela Detalhes Registrados'. It has a 'SAIR' button and a 'Visualização de Notas' tab. The main area contains several input fields for medical details, such as 'Hipotermia Induzida', 'Doença Metabólica', 'Doença Cardíaca', and 'Doença Neurológica'. On the right, there is a sidebar with various options, including 'Risco na Gravidez' and 'Risco Familiar'. A red arrow points to the 'Visualização de Notas' tab, and another red arrow points to the 'Detalhes' button in the sidebar.

3.3. Avaliação antropométrica, visão e tensão arterial

O registo da avaliação antropométrica, visão e tensão arterial é feito diretamente na tabela, sendo o cálculo do percentil feito automaticamente.

Contactos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	T.A. (mmHg)	Notas	Ajuda
Data		cm	kg		cm	O.D. O.E.	max min	eB NM	
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	11,6	16,34	48,2				
14.02.25	1A 6M	81	11,34	17,28	48				
14.01.07	1A 4M	80,6	11,3	17,39	48				
13.03.26	7M 15D	69,4	8,5	17,65	44,5				
13.01.15	5M 4D	65,3	7,14	16,74	42,5				
12.11.13	3M 2D	62	5,85	15,22	40,3				

3.4. Fenómenos de enfermagem e intervenções

Para fazer o registo de fenómenos de enfermagem, intervenções, medicação e atitudes terapêuticas, seleciona-se **Fenómenos e Intervenções**. Na página seguinte seleciona-se a página que se pretende.

Estatura(cm) 51 Peso(kg) 3,62 P.Cefálico(cm) 34 G. Sanguíneo Factor RH primeira hora de vida

Período Neonatal


Asfíxia Perinatal Malformações Congénitas Infecção Neonatal Rast. Auditivo Neonat. Univ.
 Ventilação Mecânica Cirurgia Neonatal Lesão do Plexo Braquial Retinopatia da Prematuridade
 Displasia Broncopulmonar Doença Cardíaca Internamento em Neonatologia Aleitamento Materno até Alta Exclusivo
 Icterícia com Fototerapia Eco Transfontanelar Rastreio das doenças metabólicas BCG 12-08-2012 DESC
 Doença Metabólica Alterações Neurológicas Vómitos VHB 12-08-2012 DESC
 Alterações Genéticas Convulsões Hemorragias

Fenómenos e Intervenções

Data	Idade	Estatura cm	Percentil	Peso kg	Percentil	IMC	Percentil	P.Cefálico cm	Percentil	Visão O.D. O.E.	TA (mmHg) max min	Notas	Ajuda
14.05.09	1A.6M												
14.04.29	1A.6M	83	15 a 50	11,6	50 a 85	15,84	50 a 85	48,2	85 a 97				
14.02.25	1A.6M	81	15 a 50	11,34	50 a 85	17,26	85 a 97	49	85 a 97				

- Fenómenos

Para se proceder ao registo dos fenómenos de enfermagem deve-se clicar em **Fenómenos**. O programa tem pré-definido uma lista de fenómenos mais frequentes, fenómenos sugeridos, associados ao programa de saúde infantil e juvenil.

Para transferir o fenómeno de enfermagem, do campo fenómenos sugeridos, para campo fenómenos ativos, é necessário clicar em . Após a seleção do fenómeno deve ser feito o juízo diagnóstico, clicando em **Status**. A estrutura Status permite visualizar o conjunto de situações parametrizadas face ao foco de atenção selecionado.

Selecionando o item do status a documentar, fazer duplo *click* sobre o respetivo item, e depois clicar em **Terminar**.

Para remover um fenómeno clicar em .

Janela

Intervenções de Enfermagem

Utente: 20 Meses e 28 Dias

Fenómenos Intervenções de enfermagem Medicação

Fenómenos sugeridos

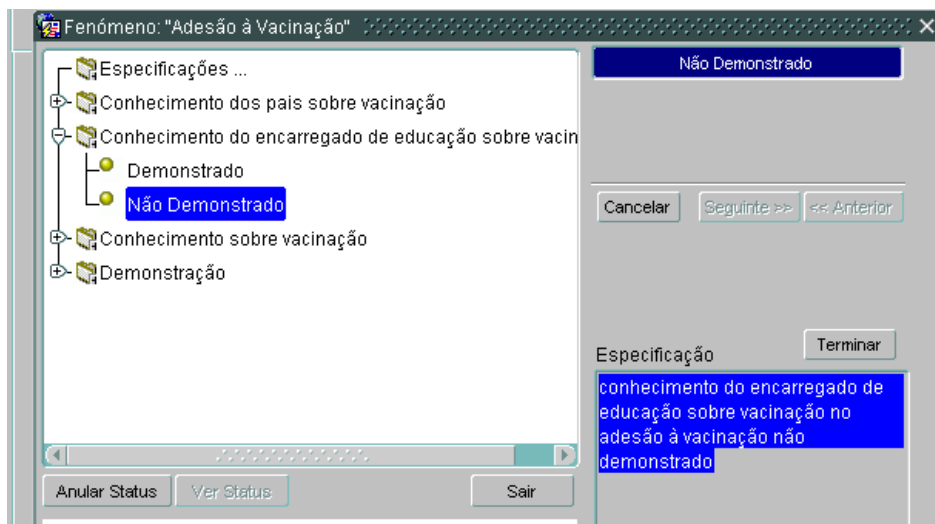
- Adesão à Vacinação
- Adesão ao Regime Terapêutico
- Alimentar-se
- Amamentar
- Audição
- Papel de Estudante
- Posição Corporal
- Precaução de Segurança
- Visão




Fenómenos Activos

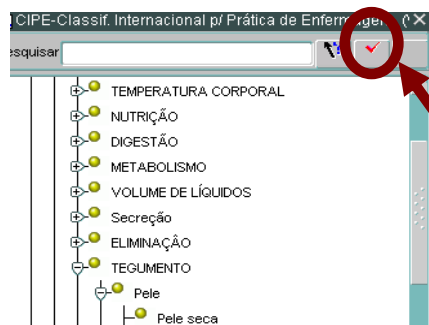
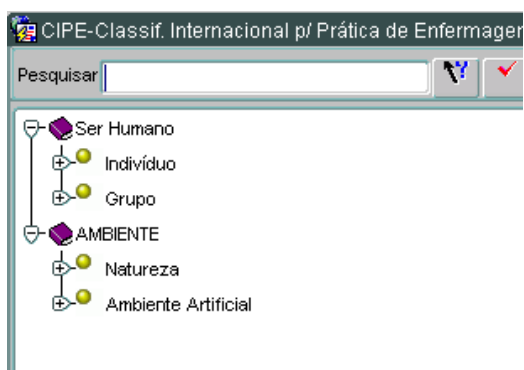
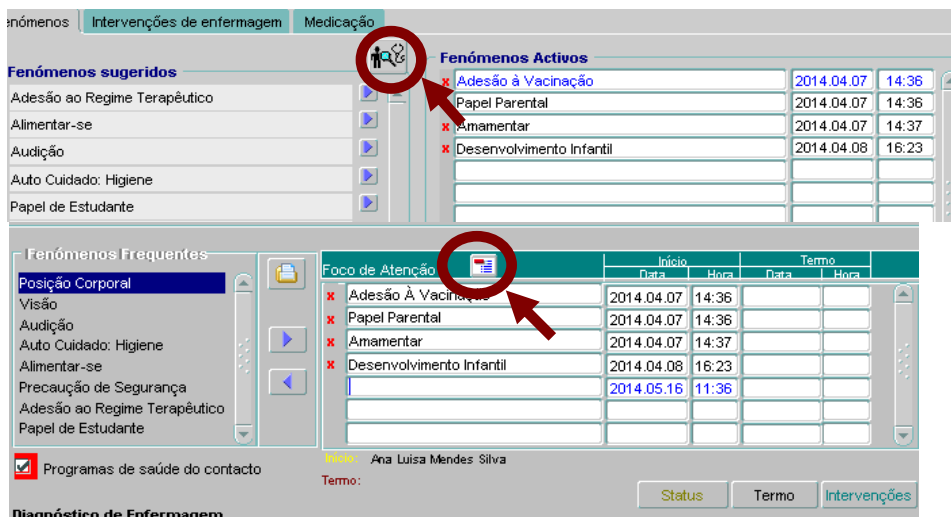
	2012.08.14	14:27
Desenvolvimento Infantil		
Papel Parental		
Auto Cuidado: Higiene		

Status

14 Ago 2012 14:27 desenvolvimento infantil





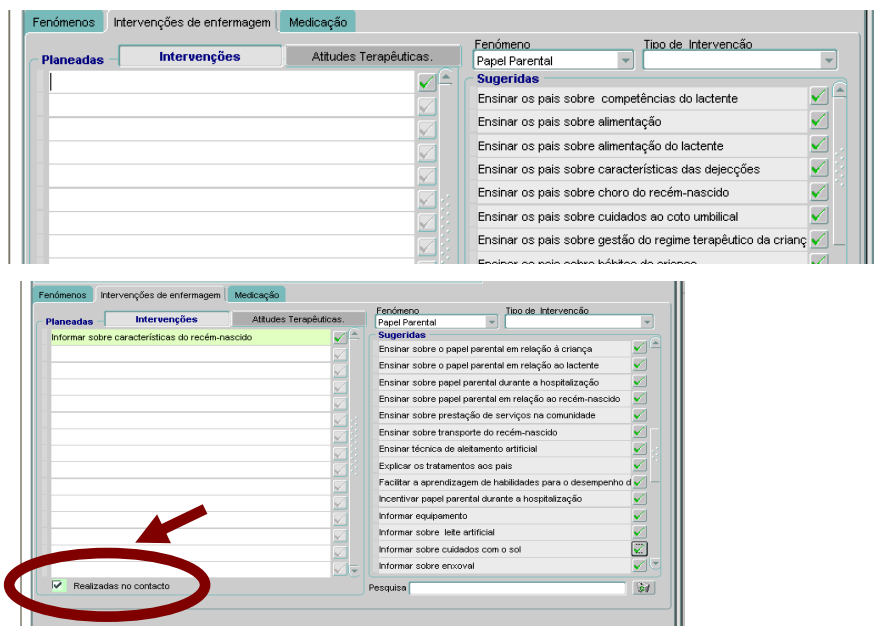
No caso do fenómeno pretendido não se encontrar pré-definido, clicar em  depois em  para aceder à árvore da CIPE. Depois de fazer a pesquisa clicar em .




- Intervenções

Para se proceder ao registo das intervenções de enfermagem deve-se clicar em **Intervenções de enfermagem** e depois em **Intervenções**. O programa tem pré-definido uma lista de intervenções sugeridas, associadas a cada fenómeno do programa de saúde infantil e juvenil.


Para seleccionar a intervenção de enfermagem clicar em . Para visualizar as intervenções já seleccionadas clicar em  Realizadas no contacto, as mesmas passam a ter um fundo verde.



- Atitudes terapêuticas

Para se proceder ao registo das atitudes terapêuticas deve-se clicar em **Intervenções de enfermagem** e depois em **Atitudes Terapêuticas**. O programa tem pré-definido uma lista de atitudes terapêuticas, para seleccionar clicar em .

- Medicação

Para proceder ao registo de medicação administrada deve-se clicar em **Medicação** e depois em , para seleccionar o medicamento. A pesquisa do medicamento pode ser feita pelo nome comercial, pelo princípio ativo ou pelas receitas do utente, clicando no respetivo item.

3.5. Parâmetros a avaliar segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Para visualizar e registar os parâmetros a avaliar, deve clicar em **Parâmetros a Avaliar**.

Ao abrir, direciona para a idade da criança, deve-se clicar para passar a verde o que foi

realizado, evitando assim a duplicação de intervenções, nas situações em que a criança tem consulta de enfermagem e médica.

Estatura(cm) 51 Peso(kg) 3,62 P.Cefálico(cm) 34 G. Sanguíneo Factor RH primeira hora de vida

Período Neonatal

Astúxia Perinatal Ventilação Mecânica Displasia Broncopulmonar Ictericia com Fototerapia Doença Metabólica Alterações Genéticas

Malformações Congénitas Cirurgia Neonatal Doença Cardíaca Eco Transfontanelar Alterações Neurológicas Convulsões

Infecção Neonatal Lesão do Plexo Braquial Internamento em Neonatologia Rastreio das doenças metabólicas Vómitos Hemorragias

Rast. Auditivo Neonat. Univ. Retinopatia da Prematuridade Aleitamento Materno até Alta BCG 12-08-2012 DESC VHB 12-08-2012 DESC

Resumo do Internamento Neonatal

Fenómenos e Intervenções **Parâmetros a Avaliar** Cuidados Antecipatórios Mary Sheridan Avaliação do Risco Familiar S.N.I.P.I.

Contactos	Idade	Estatura cm	Peso kg	IMC	P.Cefálico cm	Visão O.D. O.E.	TA (mmHg) max min	Notas	eB NM
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	11,6	16,84	48,2				
14.02.25	1A 6M	81	11,34	17,28	48				

Janela

ORACLE

Parâmetros a Avaliar

Legenda

	2M	4M	6M	9M	12M	15M	18M	2A	3A	4A	5A
Peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comprimento/Altura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMC(Percentil)	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
Perímetro Cefálico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Exame Físico	X	X	X	17	17	17	17	17	17	17	17
Coração											
Ansia/marcha	X		X		X	X	X	X			
Visão	1,6,58	X58	X14,58	X14,58	X58	X21,70	X58	X25,58	X25,58	X9,58	X9,58
Audição	X9	X9,11	X9	X9,15,56	X9	X21	X9	X9	X9	X9	X9
Desenvolvimento	X7,9	X9,54	X9,15	X9,55	X9,57	X	X9,24,59	X9,60	X9,61	X9,62	X9,63
Vacinação	X4	X4	X4	X4	X4	X4	X4	X4	X4	X4	X4
Relação emocional/comp.	X10	X12	X15,16	X18	X20	X23	X24,51	X27,51	X31,51	X33	X33,35
Risco de maus tratos	X67	X67	X67	X67	X67	X67	X67	X67	X67	X67	X67
Dentição			X13	X13	X19	X19	X19	X19	X19,44	X44	X44
Linguagem/Dificuldades					X	X22	X	X26	X30	X32,63	X32,34,6
Rastreio de distúrbios								X28	X	X	X
Tensão Arterial									X29	X29	X29
Postura											X
Desenvol. psicossocial e Sinais/sintomas de alerta											
Pele											
Estádio Pubertário											
Segurança do ambiente	X66	X66	X66	X66	X66	X66	X66	X66	X66	X66	X66
Testículos											

3.6. Cuidados antecipatórios segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Para visualizar e registar os cuidados antecipatórios, deve clicar em **Cuidados Antecipatórios**. Ao abrir, direciona para a idade da criança, deve-se clicar para passar a verde o que foi realizado.

Estatura(cm) 51 Peso(kg) 3,62 P.Cefálico(cm) 34 G. Sanguíneo Factor RH primeira hora de vida

Período Neonatal

Assistência Perinatal: Ventilação Mecânica, Displasia Broncopulmonar, Ictericia com Fototerapia, Doença Metabólica, Alterações Genéticas

Malformações Congénitas: Cirurgia Neonatal, Doença Cardíaca, Eco Transfontanelar, Alterações Neurológicas, Convulsões

Infecção Neonatal: Lesão do Plexo Braquial, Internamento em Neonatologia, Rastreio das doenças metabólicas, Vômitos, Hemorragias

Rast. Auditivo Neonat. Univ. Retinopatia da Prematuridade Aleitamento Materno até Alta BCG 12-08-2012 VHB 12-08-2012

Resumo do Internamento Neonatal

Fenômenos e Intervenções: **Parâmetros a Avaliar** Cuidados Antecipatórios Mary Sheridan Avaliação do Risco Familiar S.N.I.P.I.

Contactos	Idade	Estatura	Peso	IMC	Percentil	cm	Percentil	cm	Percentil	Visão	TA (mmHg)	Notas	eBNM
Data		cm	kg							O.D. O.E.	max. min.		
14.05.09	1A 8M												
14.04.29	1A 8M	83	15 a 50	11,6	50 a 85	16,84	50 a 85	48,2	85 a 97				
14.02.25	1A 6M	81	15 a 50	11,34	50 a 85	17,28	85 a 97	48	85 a 97				

Deverá também ser aberto o parâmetro relacionado com a alimentação e o desenvolvimento, clicando em **PR**. Para o registo de notas associadas clicar em



Cuidados Antecipatórios

Legenda: PR 12M, PR 15M, PR 18M, PR 2A, PR 3A, PR 4A, PR 5A

	PR 12M	PR 15M	PR 18M	PR 2A	PR 3A	PR 4A	PR 5A
Alimentação	CL2	X18,CL2	X25,CL2	X25,CL2	X25,CL2	X25,41,CL2	X25,41,CL2
Vitamina D							
Higiene							
Posição de deitar							
Hábitos de sono						X40	X40,46
Hábitos intestinais e cólicas							
Desenvolvimento	X4,21,67,CL8	X4,21,67	X4,24,29,67,CL9	X4,21,28,67,CL10	X4,67,CL11	X4,37,38,67,CL12	X4,38,67,CL13
Acidentes e Segurança	X4	X4	X4,31	X4	X4	X4	X44
Temperatura normal e febre							
Sinais/sintomas de alerta							
Sinais/Sintomas comuns							
Vacinação/Vantagens e riscos							
Vida na creche, ama. ou outra	X13	X13	X13	X13	X13		
Relação emocional							
Relação emocional/comportamento	X4,22,23	X4,22,26,27	X4,22,26,29,30	X4,20,26,30	X4,20,26,30,34,35,36	X4,39,40	X4,39,40,41
Saúde Oral	X4,19	X4,19	X4,19,28	X4,19,33	X4,19	X4	X4
Calçado	X4	X4					
Estilos de vida saudáveis	X24	X24	X32	X32	X32		
Controlo Esfincteres			X	X4	X		
Infantário/escola						X20	X20,42
Actividades desportivas e outras						X4	X4
Puberdade							
Violência e maus tratos							
Actividade física							
Consumos nocivos, riscos							

- Alimentação (aleitamento e erros alimentares)

Parâmetros S. Infantil - 9M

CL1 - Aleitamento materno/artificial

Registo

Assinale o item correspondente a avaliação em questão

	Nota/Observação
<input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo	
<input type="checkbox"/> Aleitamento materno com suplemento por má proporção ponderal	
<input type="checkbox"/> Aleitamento materno com suplemento por hipogalactia	
<input type="checkbox"/> Aleitamento materno com suplemento por má pega	
<input type="checkbox"/> Aleitamento materno com suplemento por fissuras	

CL2 - Erros alimentares

Registo

Assinale os itens correspondentes a avaliação em questão

		Nota/Observação
<input type="checkbox"/> Biberon		
<input type="checkbox"/> Leite com Chocolate		
<input type="checkbox"/> Sumos e outros refrigerantes		
<input type="checkbox"/> Alimentos Fritos		
<input type="checkbox"/> Doces		

- Atividades promotoras do desenvolvimento infantil

Parâmetros S. Infantil -

CL9 - Actividades promotoras de desenvolvimento

Registo

Assinale os itens correspondentes a avaliação em questão

		Nota/Observação
<input type="checkbox"/> Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se.		
<input type="checkbox"/> Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.		
<input type="checkbox"/> Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial.		
<input type="checkbox"/> Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela.		
<input type="checkbox"/> Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha.		

Histórico

Faixa etária	Registos

3.7. Avaliação do desenvolvimento segundo Mary Sheridan

Para registar o desenvolvimento infantil, e sinais de alarme, segundo Mary Sheridan, clicar em **Mary Sheridan**. Ao abrir, direciona para a idade da criança.

Estatura(cm) 51 Peso(kg) 3,62 P.Cefálico(cm) 34 G. Sanguíneo Factor RH primeira hora de vida

Período Neonatal

Astúcia Perinatal Ventilação Mecânica Displasia Broncopulmonar Ictericia com Fototerapia Doença Metabólica Alterações Genéticas

Malformações Congénitas Cirurgia Neonatal Doença Cardíaca Eco Transfontanel Alterações Neurológicas Convulsões

Infecção Neonatal Lesão do Plexo Braquial Internamento em Neonatologia Rastreo das doenças metabólicas Vómitos Hemorragias

Rast. Auditivo Neonat. Univ. Retinopatia da Prematuridade Aleitamento Materno até Alta BCG 12-08-2012 VHB 12-08-2012

Resumo do Internamento Neonatal

Fenómenos e Intervenções Parâmetros a Avaliar Cuidados Antecipatórios Mary Sheridan Avaliação do Risco Familiar S.N.I.P.I.

Contactos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA (mmHg)	Notas	eBNM
Data	Idade	cm	kg	Percentil	cm	O.D. O.E.	max. min.		
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	15 a 50	11,6	50 a 85	16,84	50 a 85	48,2	85 a 97
14.02.25	1A 6M	81	15 a 50	11,34	50 a 85	17,28	85 a 97	48	85 a 97

Janela Sheridan Modificado

Sinais Alarme Critérios Elegibilidade 09-05-2014 10:05 OK Cancelar

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social

Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos ☒ Sim ☐ Não

Segura a colher e leva alimentos à boca ☒ Sim ☐ Não

Não gosta que lhe peguem ☒ Sim ☐ Não

Exige muita atenção ☒ Sim ☐ Não

Indica a necessidade de ir à casa de banho ☒ Sim ☐ Não

Começa a copiar as actividades domésticas ☒ Sim ☐ Não

Visão e Motricidade Fina

Constrói torre de 3 cubos ☒ Sim ☐ Não

Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão ☒ Sim ☐ Não

Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez ☒ Sim ☐ Não

Postura e Motricidade Global

Anda bem ☒ Sim ☐ Não

Apanha brinquedos do chão ☒ Sim ☐ Não

Audição e Linguagem

Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais ☒ Sim ☐ Não

Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos ☒ Sim ☐ Não

Sinais de Alarme OK 09-05-2014 10:05 Cancelar

1, 3, 6 e 9 Meses 12, 18, 24 Meses e 4-5 Anos

12 Meses

☐ Não aguenta o peso nas pernas

☐ Permanece imóvel, não procura mudar de posição

☐ Assimetrias

☐ Não pega nos brinquedos ou tã-lo só com uma mão

☐ Não responde à voz

☐ Não brinca nem estabelece contacto

☐ Não mastiga

18 Meses

☐ Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas

☐ Anda sempre na ponta dos pés

☐ Assimetrias

☐ Não pega nenhum objecto entre o polegar e o indicador

☐ Não responde quando o chamam

☐ Não vocaliza espontaneamente

☐ Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto

☐ Deita os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca

☐ Estrabismo

24 Meses

☐ Não anda

☐ Deita os objectos fora

☐ Não constrói nada

☐ Não parece compreender o que se lhe diz

☐ Não pronuncia palavras inteligíveis

☐ Não se interessa pelo que está em seu redor. Não estabelece contacto.

☐ Não procura imitar

☐ Estrabismo

4-5 Anos

☐ Hiperactivo, distraído, dificuldade de concentração

☐ Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez

☐ Estrabismo ou suspeita de défice visual

☐ Perturbação do comportamento

3.8. Avaliação do risco familiar

Para registar a avaliação do risco familiar, clicar em **Avaliação do Risco Familiar**. Ao abrir tem-se a possibilidade de registar fatores de risco, fatores de proteção, indicadores, sinais e

sintomas, tipo de risco de mau trato e tipo de acompanhamento, de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção: Maus Tratos em Crianças e Jovens (DGS, 2011).

Para visualizar o histórico do registo, deve-se clicar em **Histórico**.

Período Neonatal

Resumo do Internamento Neonatal

Fenómenos e Intervensões

Contatos	Data	Idade	cm	Percentil	kg	Peso	kg	Percentil	IMC	Percentil	P.Cefálico	cm	Percentil	Visão	O.D.	O.E.	TA (mmHg)	max	min	Notas	Ajuda
14.05.09	1A 8M																				
14.04.29	1A 8M	83	15 a 50		11,6	50 a 85	16,84	50 a 85	48,2	85 a 97											
14.02.25	1A 6M	81	15 a 50		11,34	50 a 85	17,26	85 a 97	48	85 a 97											

Registo de Avaliação de Risco Familiar

Utente: _____ Data Nasc.: _____
Nº Processo: _____ Data: _____

Fatores de Risco Fatores de Prote... Sinais de Alerta Indicadores, sinais e sintomas Tipo de Risco/Mau Trato Ide... Tipo de Acompanhamento d...

Faixa Etária: _____ Auxílio

Nova Avaliação de Risco

Esta criança nunca foi avaliada. Deseja criar o registo de Avaliação de Risco?

Sim Não

- Fatores de risco

Fatores de Risco

Faixa Etária: 18 Meses Auxílio Histórico

Na criança/jovem

- Nascimento prematuro/baixo peso - Temperamento difícil.
- Filho não desejado.
- Défice físico ou psíquico.

Famíliares/contextos de vida

- Cuidadores vítimas de maus tratos em criança.
- Défice de competências parentais.
- Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança.

Fatores de agravamento/crises de vida

- Rutina e reconstituições familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.).
- Luto.
- Doença súbita grave.

- Fatores de proteção

Fatores de Risco Fatores de Prote... Sinais de Alerta Indicadores, sinais e sintomas Tipo de Risco/Mau Trato Ide... Tipo de Acompanhamento d...

Faixa Etária: 18 Meses

Auxílio Histórico

Na criança/jovem	Familiares/contextos de vida
Bom nível de desenvolvimento global.	Boas competências parentais.
Temperamento fácil.	Boa rede de suporte familiar e social.
Vinculação segura à família/adulto de referência.	Família organizada, com regras e controle da criança.
Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário.	Boa integração comunitária.
Sucesso escolar.	Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros).
Desejo de autonomia e comportamento exploratório.	Segurança económica.

- Sinais de alerta

Fatores de Risco Fatores de Prote... Sinais de Alerta Indicadores, sinais e sintomas Tipo de Risco/Mau Trato Ide... Tipo de Acompanhamento d...

Faixa Etária: 0-5 Anos

Auxílio Histórico

Criança dos 0 aos 5 anos
Perturbações na alimentação.
Perturbações do sono.
Perturbações do comportamento e da relação.
Perturbações do desenvolvimento psicomotor.
Medo e/ou fobias de pequena intensidade.

- Indicadores, sinais e sintomas

Fatores de Risco Fatores de Prote... Sinais de Alerta Indicadores, sinais e sintomas Tipo de Risco/Mau Trato Ide... Tipo de Acompanhamento d...

Faixa Etária: 18 Meses Auxílio Histórico

Negligência	Mau trato físico
Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar).	Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (face, periorcular, orelhas, boca e pescoço ou
Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas.	Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada).
Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília).	Alopécia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio.
Mau trato psicológico	Abuso Sexual
Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente.	Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção).
Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação.	Presença de esperma no corpo da criança/jovem.
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais.	Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais.

- Tipo de risco de mau trato

Fatores de Risco Fatores de Prote... Sinais de Alerta Indicadores, sinais e sintomas Tipo de Risco/Mau Trato Ide... Tipo de Acompanhamento d...


Auxílio Histórico

Motivo da sinalização (suspeita/confirmação)

Mau trato físico	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico / emocional	<input type="checkbox"/>
Abandono afectivo	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (suspeita)iiiiiii	<input type="checkbox"/>
Problemas comportamentais - agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	<input type="checkbox"/>
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, .)	<input type="checkbox"/>

- Tipo de acompanhamento

- Sinalização

Para de proceder à sinalização da criança, clicar em , abrirá a ficha para se proceder ao registo.

- Dados de identificação

- Dados da sinalização

The screenshot shows the 'Dados da Sinalização' tab of a web application. The title bar reads 'Sinalização de Risco da Criança/Jovem'. The navigation bar includes tabs: 'Dados de Identificação', 'Dados da Sinalização' (active), 'Motivo da Sinalização ...', 'Iniciativas Actuais e/o...', and 'Mantém-se Responsá...'. The form contains the following sections:

- Instituição Sinalizadora:** Fields for E-mail, Telefone, Telemóvel, FAX, and Morada.
- Profissional que sinaliza:** A text field containing 'Ana Luisa Mendes Silva'.
- Contactos:** A large empty text area.
- Data de Sinalização:** A text field containing '09/05/2014'.
- Data do primeiro contacto com a família na situação em análise:** An empty text field.

- Motivo da sinalização

The screenshot shows the 'Motivo da Sinalização' tab of the same web application. The navigation bar now highlights 'Motivo da Sinalização ...'. The form includes:

- Three dropdown menus at the top: 'Tipo de Suspeição:', 'Tipo de Observação:', and 'Tipo de Intervenção:'.
- A section titled 'Motivo sinalização' with a green border, containing three large empty text areas for description.
- A section titled 'Detalhe' with a yellow border, which is currently empty.

- Iniciativas atuais e/ou anteriores

Janela

ORACLE

Sinalização de Risco da Criança/Jovem

Dados de Identificação Dados da Sinalização Motivo da Sinalização ... Iniciativas Actuais e/o... Mantém-se Responsá...

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? ☐ Sim ☐ Não

Iniciativas actuais / Medidas já tomadas

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Técnico responsável pelo plano Data Início da Implementação do Plano:

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? ☐ Sim ☐ Não

Porquê

- Mantém-se responsável pelo seguimento da situação

Janela

ORACLE

Sinalização de Risco da Criança/Jovem

Dados de Identificação Dados da Sinalização Motivo da Sinalização ... Iniciativas Actuais e/o... Mantém-se Responsá...

☐ Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação com consultadoria do NACJR/NHACJR.

☐ Não, não acompanharei esta situação específica e pretendo a intervenção do NACJR/NHACJR.

Justifique

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de Caso.

3.9. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Para se proceder à referênciação de uma criança ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, clicar em **S.N.I.P.I.**, e preencher os diversos itens.

The screenshot shows a medical record interface with various tabs and fields. The 'S.N.I.P.I.' button is highlighted with a red circle. The interface includes sections for 'Período Neonatal', 'Resumo do Internamento Neonatal', and 'Fenómenos e Intervenção'.

Contatos	Idade	Estatura	Peso	IMC	P.Cefálico	Visão	TA (mmHg)	Notas	eBNM
Data	cm	Percentil	kg	Percentil	cm	O.D. O.E.	max. min.		
14.05.09	1A 8M								
14.04.29	1A 8M	83	15 a 50	11,6	50 a 85	16,84	50 a 85	48,2	85 a 97
14.02.25	1A 6M	81	15 a 50	11,34	50 a 85	17,26	85 a 97	48	85 a 97

The screenshot shows the 'Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância' application. A 'Nova Referênciação' dialog box is displayed, asking if the user wants to create a new reference record for a child who has never been referenced. The dialog box has 'Sim' and 'Não' buttons.

Identificação da Criança

Nome: _____

Data Nascimento: _____ Sexo: Masculino

Morada: _____

Cód. Postal: _____

NISS: _____ SN: _____

Local onde se encontra a criança: _____

Identificação dos Pais

Nome do Primeiro Responsável: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Telefone: _____

Grau de Parentesco: _____ Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Centro de Saúde/USF/UCC: _____

Médico de Família: _____

Enfermeiro de Família: _____

- Identificação

Identificação	Referenciação	Outros dados	Referenciação	Outros
Identificação da Criança Nome <input type="text"/> Data Nascimento <input type="text"/> Sexo <input type="text" value="Masculino"/> Morada <input type="text"/> Cód. Postal <input type="text"/> <input type="text"/> NISS <input type="text"/> SNS <input type="text"/> Local onde se encontra a criança <input type="text"/>				
Identificação dos Pais Nome do Primeiro Responsável <input type="text"/> Idade <input type="text"/> Profissão <input type="text"/> Grau de Parentesco <input type="text"/> Telefone <input type="text"/> Telemóvel <input type="text"/> Email <input type="text"/> Nome do Segundo Responsável <input type="text"/> Idade <input type="text"/> Profissão <input type="text"/> Grau de Parentesco <input type="text"/> Telefone <input type="text"/> Telemóvel <input type="text"/> Email <input type="text"/>				
Centro de Saúde/USFAJCC <input type="text"/> Médico de Família <input type="text"/> Enfermeiro de Família <input type="text"/>				

- Referenciação

Identificação	Referenciação	Outros dados	Referenciação	Outros
Motivos da Referenciação <input type="checkbox"/> 1. Alterações nas Funções ou Estruturas do Corpo 1.1. Atrasos de Desenvolvimento s/fetologia conhecida Abrangendo uma ou mais áreas validado por avaliação fundamentada, feita por um profissional competente para o efeito: <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Linguagem e Comunicação <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Social e Adaptativa 1.2. Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso de desenvolvimento, entre outras: <input type="checkbox"/> Anomalia cromossómica (p.ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil) <input type="checkbox"/> Perturbação neurológica (p.ex. paralisia cerebral, neurofibromatose) <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (p.ex. síndromas polimalformativos) <input type="checkbox"/> Doença metabólica (p.ex. mucopolisacarídeos, glicogenoses)				
<input type="checkbox"/> Factores de Risco 2.1. Crianças expostas a Factores de Risco Biológico Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outros: <input type="checkbox"/> História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; <input type="checkbox"/> Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); <input type="checkbox"/> Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); <input type="checkbox"/> Prematuridade < 33 semanas de gestação; 2.1. Crianças expostas a Factores de Risco Ambiental Factores de Risco Parentais <input type="checkbox"/> Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/> Abuso do álcool ou outras substâncias aditivas Factores de Risco Contextual <input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; <input type="checkbox"/> Desorganização familiar (confitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da				

- Outros dados de referenciação

Identificação	Referenciação	Outros dados Referenciação	Outros
Serviços envolvidos de:			
1. Acção Social Serviço Local: TR - <input type="text"/> RSI/Instituição/TR - <input type="text"/> Processo Tribunal: <input type="text"/> TR - <input type="text"/> Instituição com acordos S.S. - <input type="text"/> Qual: <input type="text"/> Ama / Nome: <input type="text"/> TR - <input type="text"/>		3. IPSS / Instituições Qual: <input type="text"/> Tipo de Resposta: <input type="text"/> Qual: <input type="text"/> 4. Serviços de Educação J.I: <input type="text"/> Tem Educação Especial: <input type="text"/> TR: <input type="text"/> 5. Serviços de Saúde Hospital: <input type="text"/> Responsáveis: <input type="text"/> Ent. Saúde Local: <input type="text"/> Médico de Referência: <input type="text"/> Outros Técnicos: <input type="text"/> Contactos (TLF,TM,Mail): <input type="text"/>	
2. NACJR/CPCJ Qual: <input type="text"/> TR - <input type="text"/>		Informações Os pais foram informados da referenciação? <input type="text"/> Os pais foram orientados para o serviço de I.P. da sua área? (ELI) <input type="text"/> Data Preenchimento: <input type="text"/> Data Entrada na ELI: <input type="text"/>	
Identificação do Referenciador Nome: <input type="text"/> Serviço: <input type="text"/> Morada: <input type="text"/> Telefone: <input type="text"/> Email: <input type="text"/>			


- Outros

Identificação	Referenciação	Outros dados Referenciação	Outros								
Motivo da Referenciação Descrição Sumária <input type="text"/>		Responsáveis pela Referenciação Instituição: <input type="text"/> Contacto: <input type="text"/>									
Apoios Especializados Descrição <input type="text"/>		Equipa Local de Intervenção (ELI) ELI: <input type="text"/> Contacto: <input type="text"/> Técnico Resp.: <input type="text"/>									
Registo de continuidade do SNIP <table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Data Registo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Descrição	Data Registo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Observações Descrição <input type="text"/>	
Descrição	Data Registo										
<input type="text"/>	<input type="text"/>										
<input type="text"/>	<input type="text"/>										
<input type="text"/>	<input type="text"/>										

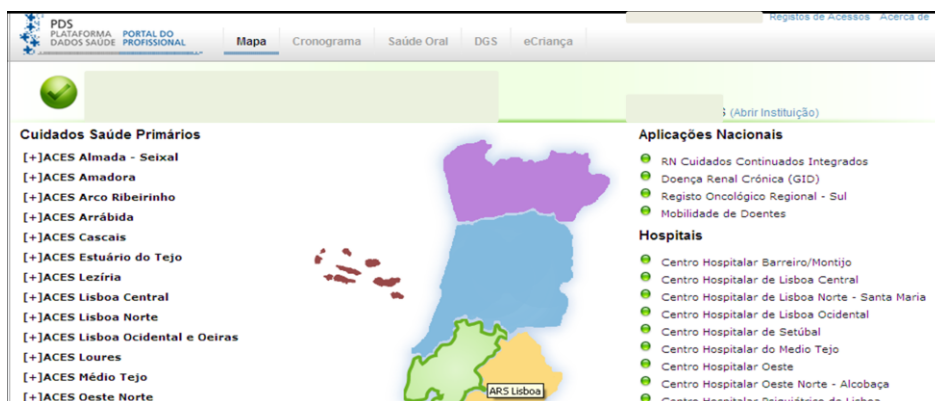
4. Plataforma de Dados em Saúde

A Plataforma de Dados em Saúde (PDS) é uma plataforma *web*, que disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados. A plataforma permite o acesso aos profissionais de saúde em diversos pontos do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários, rede nacional de cuidados continuados), sem os deslocar do local seguro onde agora estão guardados. Este acesso pode ser auditado e gerido pelo próprio utente através do Portal do Utente.



Para aceder à PDS clicar em  e depois clicar na opção pretendida na barra de ferramentas (mapa, cronograma, saúde oral, DGS, eCriança).

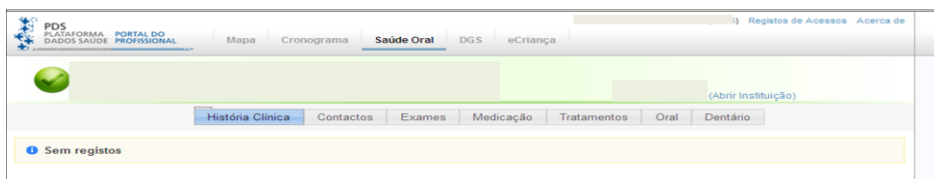
- Mapa – permite fazer pesquisa da unidade de saúde onde se quer consultar a informação clínica do utente, bastando clicar no nome da instituição.



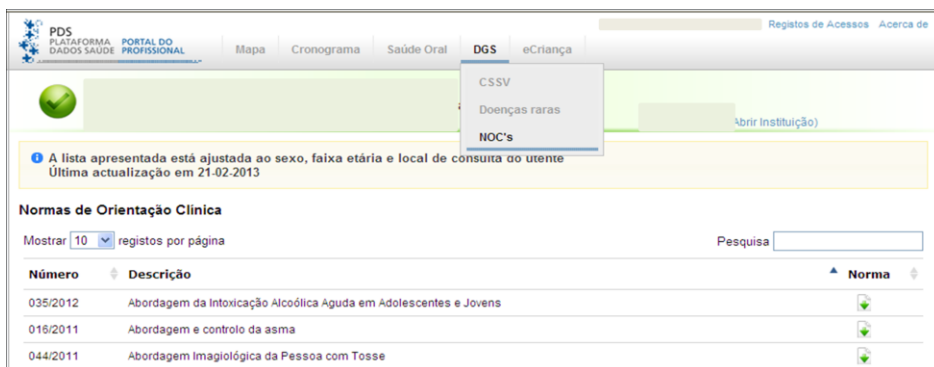
- Cronograma – permite a visualização dos contactos efetuados no SNS identificando a unidade e a data do mesmo.



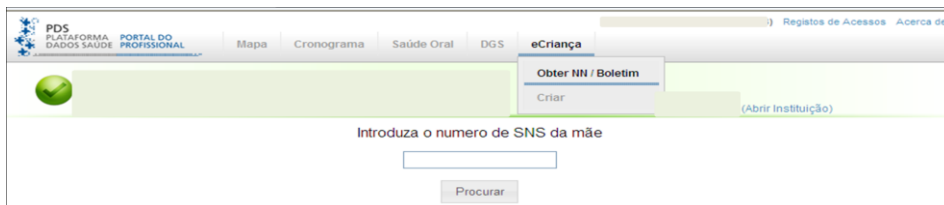
- Saúde oral- permite visualizar história clínica, contactos efetuados, exames, medicação, tratamentos, oral e dentário.



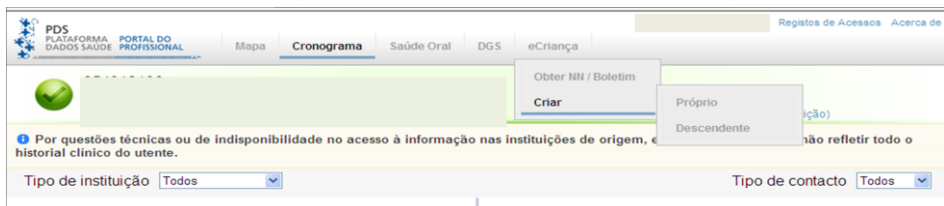
- DGS – Permite a consulta de normas de orientação clínica.



- eCriança – Permite obter a notícia de nascimento e obter ou criar boletim.



Criação do eboletim



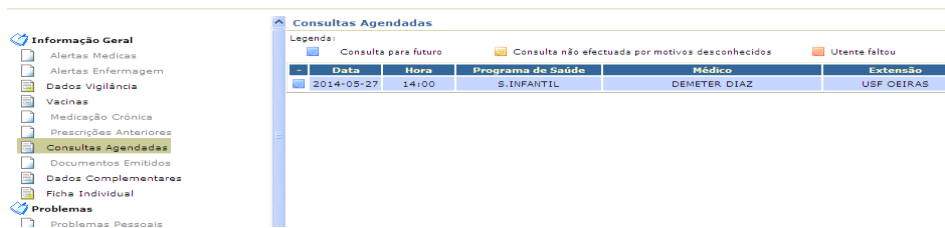
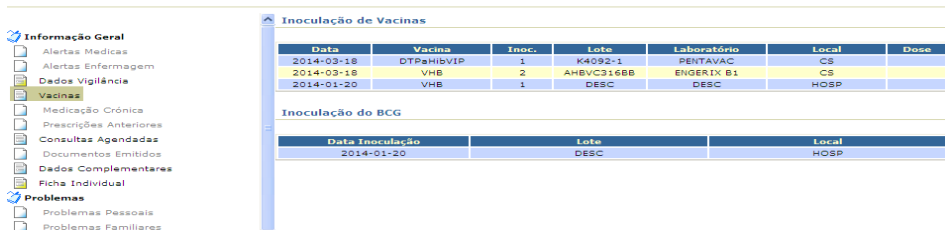
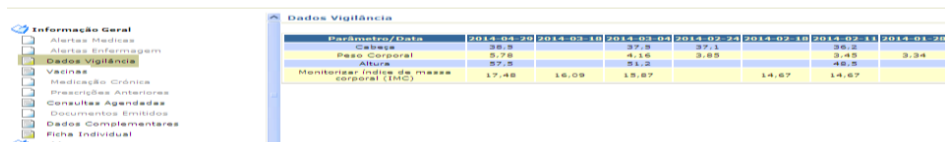
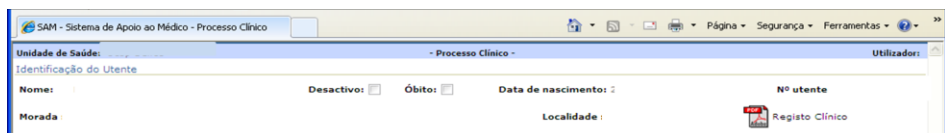
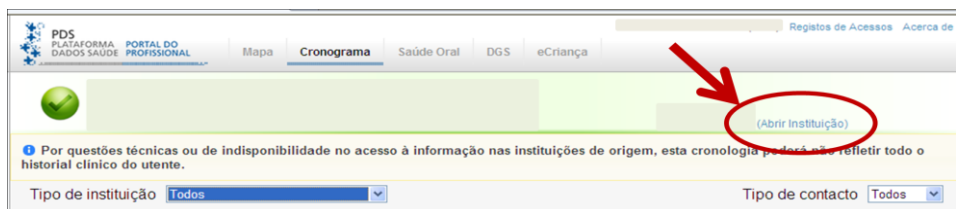
Identificação		Registos	Desenvolvimento	Parâmetros	Temas de conversa	SNIPi
Criança/Jovem	Nome	<input type="text"/>				
Gravidez	Data Nascimento	<input type="text"/>				
Neonatal	Hora Nascimento	<input type="text"/>				
	Filiação	<input type="text"/>				
		<input type="text"/>				
	Sexo	<input type="button" value="Masculino"/> <input type="button" value="Feminino"/>				
	Naturalidade	<input type="text"/>				
	Nacionalidade	<input type="text"/>				
	Residência	Morada <input type="text"/>				

Identificação		Registos	Desenvolvimento	Parâmetros	Temas de conversa	SNIPi
Criança/Jovem	Duração da Gravidez	<input type="text"/> semanas <input type="text"/> dias				
Gravidez	Cumprimento do esquema vigilância pré-natal	1º Trimestre Eco <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> 2º Trimestre Eco <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> 3º Trimestre Eco <input type="checkbox"/> Analítico <input type="checkbox"/> <input type="text"/> número de consultas				
Neonatal	Risco da Gravidez	<input type="button" value="Baixo"/> <input type="button" value="Médio"/> <input type="button" value="Alto"/>				
	Doenças durante a gravidez	<input type="text"/>				
	Observações	<input type="text"/>				

Identificação		Registos	Desenvolvimento	Parâmetros	Temas de conversa	SNIPi
Criança/Jovem	Local de Parto	<input type="text"/>				
Gravidez	Tipo de Parto	<input type="button" value="Eutócico"/> <input type="button" value="Distócico-Forceps"/> <input type="button" value="Distócico-Ventosa"/> <input type="button" value="Distócico-Cesariana"/> <input type="button" value="Eutócico-Gemelar"/> <input type="button" value="Eutócico-Pelvíco"/> <input type="button" value="Distócico-Gemelar"/> <input type="button" value="Distócico-Pelvíco"/>				
Neonatal	Epidural	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>				
	Peso ao nascer	<input type="text"/> (em gramas)				
	Comprimento	<input type="text"/> (em cm)				
	Perímetro cefálico	<input type="text"/>				
	Índice Apgar	1ºmin <input type="button" value="Selecione uma opção"/> 5ºmin <input type="button" value="Selecione uma opção"/> 10ºmin <input type="button" value="Selecione uma opção"/>				
	Reanimação	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>				
	Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>				

- Informação clínica dos cuidados de saúde primários

Quando se pretende visualizar a informação clínica dos cuidados de saúde primários (instituição a que pertence USF ou UCSP) clicar em [\(Abrir Instituição\)](#). Está disponível informação sobre alertas médicos e de enfermagem, dados de vigilância, vacinas, medicação crónica, prescrições anteriores, consultas médicas agendadas, documentos emitidos, dados complementares, ficha individual, problemas pessoais e familiares, focos de atenção/diagnósticos, SOAP, episódios ativos e não ativos, resultados de M.C.D.T., referência externa e processo familiar.



Dados Complementares do Utente

Nº Operacional Médico

Extensão Enfermeiro

Sexo **Feminino** Dta. Nasc. Telefone Naturalidade

Subsistema Nº Benef. Situação Profissional **Desconhecido**

Habilitações Notas

Profissão Notas

Email

Agregado Familiar

Nome	Grau	Dta. Nasc.	Médico
	1		
	3		
	4		
	5		

Avaliação Inicial Enfermagem

Parâmetro	Item	Valor	Data
SAÚDE INFANTIL // DESENVOLVIMENTO INFANTIL // Alimentação	Tipo de leite :	Leite materno	2014-01-22 11:13
	Horário das refeições :	livre	2014-01-22 11:19
SAÚDE INFANTIL // DESENVOLVIMENTO INFANTIL // Cordão umbilical	Cicatrização :	sim	2014-01-22 11:12
SAÚDE INFANTIL // DESENVOLVIMENTO INFANTIL // Diagnóstico precoce	Data :	22-01-2014	2014-01-22 11:11
	Local :	USF OEIRAS	2014-01-22 11:11
SAÚDE INFANTIL // DESENVOLVIMENTO INFANTIL // Período Neonatal	Local do parto :	Hospital S.Francisco Xavier	2014-01-22 10:45
	Tipo de parto :	Eutócico	2014-01-22 11:10
	Peso ao nascer (gramas) :	3175	2014-01-22 11:11
	Comprimento (cm) :	46	2014-01-22 11:11
	Perímetro Cefálico (cm) :	33	2014-01-22 11:11
	Índice de Apgar ao 1º minuto :	9	2014-01-22 11:11

Saude Infantil [2012-06-26]

Vigilância na USF? ☐

Período Pré-Natal E Natal

Doenças durante a gravidez

Duração da gravidez(sem) Nº consultas da grav.

Local do Parto Tipo Parto

Apgar Estatura Peso Perímetro Cefálico

Risco na Gravidez

Período Neo-Natal

Cianose ☐ Alt. Respiratórias ☐ Icterícia ☐ Vômitos ☐

Convulsões ☐ Paralisias ☐ Infecções ☐ Hemorragias ☐

Consultas

Data	Idade	Estatura cm	Perc.	Peso Kg	Perc.	IMC	Perc.	P.Cefálico cm	Perc.	O.D.	O.E.	TAs	TAd
2014-04-17	8A 2M 8D			25.3	40								
2012-06-26	6A 4M 17D	110.5	5 a 10	20	25 a 50	16.38	50 a 75					80	40

- Informação clínica do hospital

Quando se pretende visualizar a informação clínica do hospital clicar em [Abrir Instituição](#).
Está disponível informação sobre Internamento, bloco operatório, consulta externa, contactos de enfermagem, hospital de dia e urgência.

- Visualização de dados de enfermagem registados no internamento do doente

[Avaliação Inicial](#)
[Sinais Vitais](#)
[Medicação](#)
[Atitudes Terapêuticas](#)
[Análises Exames](#)
[Fenômenos](#)
[Intervenções](#)
[Vigilância](#)
[Carta Transferência](#)

Fenômenos

Fenômeno	Início	Termo	Nº Dias	
Alimentar	03-02-2014 19:53	07-02-2014 12:27	4	▼
Aspiração	03-02-2014 19:53	04-02-2014 17:56	1	▼
Dispneia	03-02-2014 14:04	06-02-2014 12:20	3	▼
Dor	05-02-2014 10:45	07-02-2014 12:27	2	▼
Função	03-02-2014 14:02	07-02-2014 12:27	4	▼
Limpeza das Vias Aéreas	03-02-2014 14:04		102	▼
Papel Parental	03-02-2014 14:02	07-02-2014 12:27	4	▼
Sono	03-02-2014 14:04	07-02-2014 12:27	4	▼

[Avaliação Inicial](#)
[Sinais Vitais](#)
[Medicação](#)
[Atitudes Terapêuticas](#)
[Análises Exames](#)
[Fenômenos](#)
[Intervenções](#)
[Vigilância](#)
[Carta Transferência](#)

Intervenções

Atender (Cuidar)	▼
Executar	▼
Gerir	▼
Informar	▼
Observar	▼

[Avaliação Inicial](#)
[Sinais Vitais](#)
[Medicação](#)
[Atitudes Terapêuticas](#)
[Análises Exames](#)
[Fenômenos](#)
[Intervenções](#)
[Vigilância](#)
[Carta Transferência](#)

Vigilância

Conteúdo Gástrico	▼
Dor	▼
Eliminação Intestinal	▼
Frequência Cardíaca	▼
Frequência Respiratória	▼

BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Nogueira, F., Henriques, M.C. (2009). *Manual do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem Versão SAPE-5*. Santarém: ARSLVT Sub-região de Santarém.

**APENDICE VI – Apresentação da sessão de formação: PROGRAMA
NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL – REGISTO EM SAPE**

**APENDICE VII – Análise dos dados do questionário de avaliação da sessão
de formação: PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E
JUVENIL – REGISTO EM SAPE**

Análise dos dados do questionário de avaliação da sessão de formação

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil – Registo em SAPE

A sessão de formação em serviço foi apresentada a 27 enfermeiros do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, dividida em três sessões no mês de maio de 2014 (dia 20 na UCSP Alcântara, dia 21 UCSP Linda-a-Velha e dia 30 USF Oeiras). Estiveram presentes enfermeiros das UCSP's: Alcântara, Linda-a-Velha, Algés, das USF's: Ajuda, Plátanos, Conde de Oeiras e Oeiras, das UCC's: Cuidar mais e Saúdar.

Foi aplicado um questionário com objetivo dos participantes expressarem a sua opinião relativamente à forma como correu a sessão.

Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados (questionário) foram tratados no programa informático Excel. Os dados serão apresentados sob a forma de gráficos de modo a facilitar uma rápida interpretação e compreensão dos mesmos.

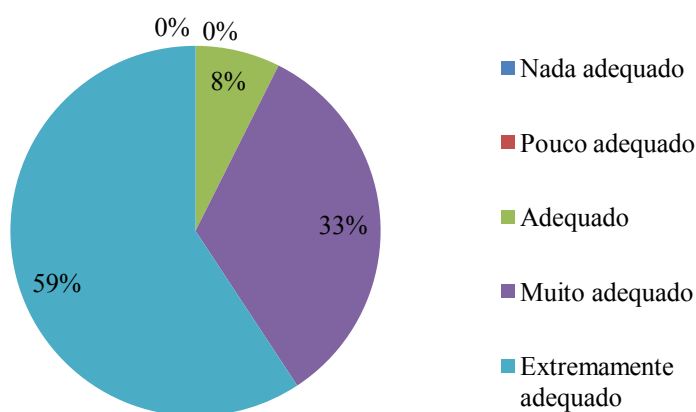


Gráfico 4 - Como avalia o tema apresentado na sessão?

Na leitura do gráfico 1 verifica-se que 59% dos enfermeiros considerou o tema apresentado na sessão foi extremamente adequado, 33% muito adequado e 8% adequado.

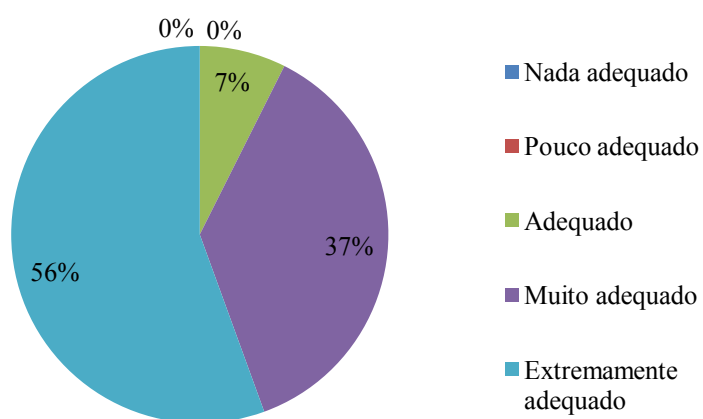


Gráfico 5 - Como avalia a apresentação realizada?

No gráfico 2 verifica-se que 56% dos enfermeiros avalia a apresentação realizada como extremamente adequado, 37% muito adequado e 7% adequado.

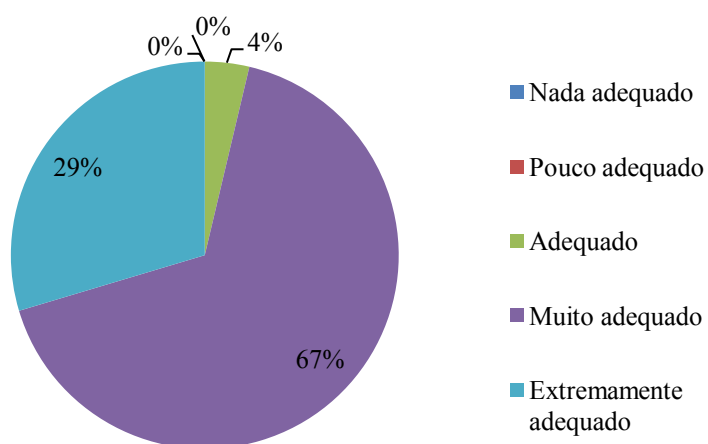


Gráfico 6 - Esta ação de formação irá alterar a sua prática de registo em SAPE?

Na análise do gráfico 3 verifica-se que 29% dos enfermeiros avalia a questão, esta ação de formação irá alterar a sua prática de registo em SAPE, como extremamente adequado, 67% muito adequado e 4% adequado.

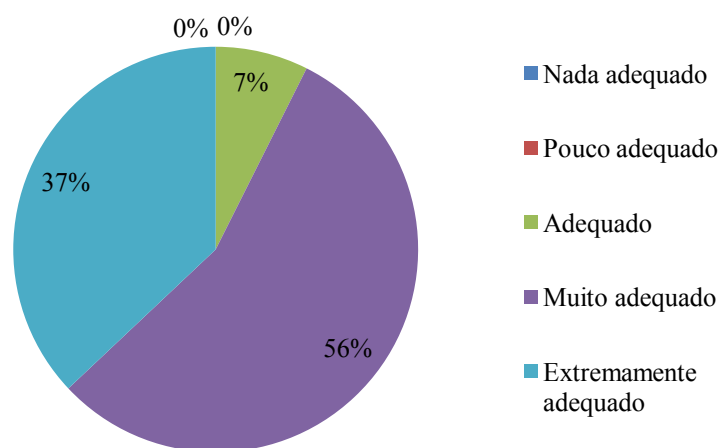


Gráfico 7 - Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

No gráfico 4 verifica-se que 37% dos enfermeiros avalia a sessão de acordo com as suas expectativas como extremamente adequado, 56% muito adequado e 7% adequado.

Sugestões	Nº de enfermeiros
Ter disponíveis computadores para treinar o registo em SAPE	1
Conteúdo da formação deveria ser apresentado em duas sessões	1
Manter este tipo de formação e fazer <i>follow-up</i> do tema periodicamente	1
Repetir a formação em todas as unidades para todos terem acesso à informação	1
Fazer o mesmo tipo de formação para os outros programas	1

Tabela 12- Indique sugestões e/ou comentários que considere relevantes

A tabela 1 apresenta as sugestões e/ou comentários apresentados pelos enfermeiros, as quais são: 1 enfermeiro referiu que seria importante ter disponíveis computadores para treinar o registo em SAPE, 1 enfermeiro referiu que o conteúdo da formação deveria ser apresentado

em duas sessões, 1 enfermeiro referiu que se deveria manter este tipo de formação e fazer *follow-up* do tema periodicamente, 1 enfermeiro referiu que se deveria repetir a formação em todas as unidades para todos terem acesso à informação e 1 enfermeiro referiu que se deveria fazer o mesmo tipo de formação para os outros programas.